



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

<<Η διασύνδεση της αγάπης και της συγχωρετικότητας με την
ψυχοσωματική και κοινωνική υγεία των ηλικιωμένων και η
διασύνδεσή του με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας>>

Παπανικολάου Λαμπρινή
Νοσηλεύτρια

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Γκούβα Μαίρη, Καθηγήτρια - Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Χατζόγλου Χρυσή, Καθηγήτρια πανεπιστημίου Θεσσαλίας
Μάλλη Φωτεινή, Αν. Καθηγήτρια πανεπιστημίου Θεσσαλίας

ΛΑΡΙΣΑ, 2021



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



**The connection of love and forgiveness with the
psychosomatic and social health of the elderly and its
relationship with primary health care**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	3
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ABSTRACT	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ	3
1.1 Θεωρίες γήρανσης.....	3
1.2 Ευδόκιμη Γήρανση.....	4
1.3 Ψυχικά χαρακτηριστικά ηλικιωμένων	7
1.3.1 Προβλήματα στην Τρίτη ηλικία	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΣΥΓΧΩΡΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ	15
2.1 Η έννοια της συγχωρετικότητας.....	15
2.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την έκφραση της συγχωρετικότητας.....	19
2.3 Ο αντίκτυπος της συγχωρετικότητας στην υγεία	21
2.4 Ο ρόλος της συγχωρετικότητας στους ηλικιωμένους	23
2.5 Η επίδραση της συγχωρετικότητας στην ψυχοπαθολογία των ηλικιωμένων	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Ποιότητα ζωής ηλικιωμένων	28
3.1 Η φροντίδα των ηλικιωμένων	28
3.2 Κοινωνική μοναξιά ηλικιωμένων.....	30
3.3 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ηλικιωμένων	32

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	35
4.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα	35
4.2 Διαδικασία και δείγμα	35
4.3 Ερευνητικό εργαλείο	36
4.4 Στατιστική ανάλυση	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	38
5.1 Περιγραφική ανάλυση.....	38
5.2 Επαγωγική ανάλυση	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	52
6.1 Συζήτηση.....	52
6.2 Συμπεράσματα.....	58
6.3 Περιορισμοί έρευνας.....	59
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	60
Ελληνική βιβλιογραφία	60
Ξενόγλωσση βιβλιογραφία.....	61

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας του φύλου, της ύπαρξης αδελφών και παιδιών του δείγματος	38
Πίνακας 2 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας της οικογενειακής κατάστασης και του επαγγέλματος του δείγματος	38
Πίνακας 3 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας διαμονής και του εκπαιδευτικού επιπέδου του δείγματος.....	39
Πίνακας 4 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας διαμονής και ποιότητας ύπνου.....	39
Πίνακας 5 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας ονείρων	40
Πίνακας 6 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας χρόνιας ασθένειας.....	41
Πίνακας 7 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας φαρμάκων και επίσκεψης σε ψυχολόγο	42
Πίνακας 8 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας δυσκολίας κατά την εμμηνόπαυση	43
Πίνακας 9 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας δυσκολίας κατά την εμμηνόπαυση	44
Πίνακας 10 Αποτελέσματα μέσης τιμής και τυπικής απόκλισης των κλιμάκων HFS, SF-36 και SCBCS5.....	45
Πίνακας 11 Αποτελέσματα συσχέτισης της οικογενειακής κατάστασης και των κλιμάκων HFS και SF36	47
Πίνακας 12 Αποτελέσματα συσχέτισης της οικογενειακής κατάστασης και της κλίμακας SF36	47

Πίνακας 13 Αποτελέσματα συσχέτισης του φύλου και των κλιμάκων SF36 και SCBCS5	48
---	----

Πίνακας 14 Αποτελέσματα συσχέτισης της ύπαρξης χρόνιας σωματικής νόσου και της κλίμακας SF36	48
--	----

Πίνακας 15 Αποτελέσματα συσχέτισης της ύπαρξης χρόνιας σωματικής νόσου και των SF36 μεταβλητών	49
--	----

Πίνακας 16 Αποτελέσματα συσχέτισης της επίσκεψης σε ψυχολόγο και των μεταβλητών HFS και SF36	50
--	----

Πίνακας 17 Αποτελέσματα συσχέτισης του εκπαιδευτικού επιπέδου και των SF36 μεταβλητών	50
---	----

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η κατάσταση της υγείας των ανθρώπων διαφοροποιείται όσο μεγαλώνουν και πλησιάζουν στην τρίτη ηλικία. Με την πάροδο των χρόνων αλλάζει σημαντικά η υγεία τους και κυρίως η ψυχική τους υγεία. Για την αντιμετώπιση των συναισθημάτων αυτών έχει πολύ σημαντικό ρόλο η φροντίδα που δέχονται από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό καθώς επίσης και οι επισκέψεις σε ψυχολόγους. Πέρα όμως από τους ειδικούς υγείας, είναι πολύ σημαντική και η αγάπη που νιώθουν οι ηλικιωμένοι για τους γύρω τους καθώς επίσης και το αν τους συγχωρούν. Στόχος της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η μελέτη των συναισθημάτων αυτών καθώς επίσης και ο βαθμός στον οποίο οι παραπάνω παράγοντες επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας τους. Η μέθοδος που ακολουθήθηκε για τη διεκπεραίωσή της είναι η ποσοτική και το ερευνητικό εργαλείο είναι το ερωτηματολόγιο, το οποίο συγκεκριμένα μοιράστηκε σε 101 ηλικιωμένους. Σύμφωνα με τα αποτελέσματά της, οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των ηλικιωμένων είναι η οικογενειακή τους κατάσταση και η επίσκεψή τους σε ψυχολόγο ($\text{Sig} < 0.05$).

Λέξεις-κλειδιά: Αγάπη, ηλικιωμένοι, συγχωρετικότητα, ψυχική υγεία

ABSTRACT

The state of health of people changes as they grow older and approach old age. Over the years, their health changes significantly and their mental health dominates. The care they receive from the medical and nursing staff as well as the visits to psychologists have a very important role in dealing with these feelings. But beyond the health professionals, it is very important the love that the elderly feel for those around them as well as whether they are confused. The aim of this research paper is to study these emotions as well as the extent to which the above factors affect their state of health. The method used to complete it is the quantitative and research tool which is the questionnaire, which was specifically distributed to 101 seniors. According to its results, the main factors that affect the mental health of the elderly are their marital status and their visit to a psychologist.

Key words: Forgiveness, love, mental health, seniors

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όσο περνάνε οι δεκαετίες η κοινωνική ομάδα των ηλικιωμένων αυξάνεται σε πλήθος και συχνά τα άτομα της τρίτης ηλικίας δεν μπορούν καλύψουν οι ίδιοι τις ανάγκες τους. Συχνά τα άτομα αυτής της ηλικιακής ομάδας μένουν αβοήθητα με αποτέλεσμα να εμφανίζουν διάφορα σωματικά αλλά και ψυχικά προβλήματα υγείας. Για αυτό τον λόγο είναι σημαντικό τα ηλικιωμένα άτομα να έχουν ευδόκιμη γήρανση, δηλαδή να διατηρούν σε καλή κατάσταση τις σωματικές και της ψυχικές τους λειτουργίες, να διατηρούν τις κοινωνικές τους επαφές καθώς και να μην εκδηλώνουν σοβαρές ασθένειες ή αναπηρίες. Δύο από τα πιο συχνά συναισθήματα που βιώνουν τα ηλικιωμένα άτομα σε σχέση με τους νεότερους είναι η συγχωρε

τικότητα και η μοναξιά.

Η συγχωρετικότητα σχετίζεται με την προθυμία του ανθρώπου να αποστασιοποιηθεί από συναισθήματα μίσους και να στραφεί προς την ανάπτυξη θετικών συναισθημάτων όπως είναι η συμπόνια, η καλοσύνη και η αγάπη. Εκδηλώνεται πιο έντονα σε άτομα μεγάλης ηλικίας και παίζει σημαντικό ρόλο στην υγεία του ατόμου, Από την άλλη η μοναξιά καθορίζει τις σκέψεις και τα συναισθήματα των ανθρώπων και έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των ηλικιωμένων ατόμων, διότι συνδέεται στενά με την κατάθλιψη.

Η εργασία αυτή έχει ως σκοπό να διερευνήσει την διασύνδεση της αγάπης και της συγχωρετικότητας με την ψυχοσωματική και κοινωνική υγεία των ατόμων της τρίτης ηλικίας καθώς και τη διασύνδεση τους με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Στο πρώτο κεφάλαιο αναλύονται κάποιες από τις θεωρίες γήρανσης, παρουσιάζεται η έννοια της ευδόκιμης γήρανσης και αναφέρονται κάποια ψυχικά χαρακτηριστικά και προβλήματα των ηλικιωμένων που έχουν παρατηρηθεί κατά καιρούς. Στο δεύτερο

κεφάλαιο παρουσιάζεται η έννοια της συγχωρητικότητας καθώς και η επίδραση της στην υγεία και τη ζωή των ηλικιωμένων ατόμων. Στο τρίτο και τελευταίο κεφάλαιο περιγράφεται η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και το αίσθημα της μοναξιάς. Συγκεκριμένα αναλύονται οι συνέπειες που αυτή προκαλεί στην υγεία των ηλικιωμένων ατόμων και οι διαφορές μεταξύ κοινωνικής και συναισθηματικής μοναξιάς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ

1.1 Θεωρίες γήρανσης

Η γήρανση χαρακτηρίζεται από την προοδευτική μείωση της λειτουργικότητας όλων των βιολογικών συστημάτων του ανθρώπινου σώματος καθώς και των αμυντικών εφεδρειών του. Οι θεωρίες γήρανσης μπορούν να ομαδοποιηθούν σε βιολογικές, δημογραφικές, κοινωνιολογικές και ψυχολογικές (Καραϊσκού, 2018).

Οι βιολογικές θεωρίες ασχολούνται με τις φυσιολογικές διαδικασίες που συμβαίνουν στον άνθρωπο με το πέρασμα του χρόνου, δηλαδή με την βιολογική γήρανση. Σκοπός των βιολογικών θεωριών είναι η εύρεση ύπαρξης ή μη μιας παθολογικής διαδικασίας η οποία θα έχει ως συνέπεια την μείωση ικανότητας του οργανισμού και κατ' επέκταση των θάνατο. Η θεωρία του οξειδωτικού στρες ή αλλιώς η θεωρία των ελεύθερων ριζών αποτελεί την κύρια βιολογική θεωρία. Η θεωρία αυτή αναφέρθηκε για πρώτη φορά από τον Harman και υποστηρίζει πως οι ελεύθερες ρίζες αποτελούν την κύρια αιτία πρόκλησης αλλαγών σε επίπεδο ιστικό, κυτταρικό και υποκυτταρικό καθώς όσο μεγαλώνει ο άνθρωπος σχηματίζονται όλο και περισσότερες ελεύθερες ρίζες με αποτέλεσμα να αυξάνεται το οξειδωτικό στρες και τα κύτταρα να υπόκεινται σε όλο και περισσότερες βλάβες (Σταύρου & Ζυγά, 2014). Αρκετές είναι οι έρευνες οι οποίες υποστηρίζουν πως η αύξηση του οξειδωτικού στρες στον οργανισμό κατέχει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση παθήσεων του κεντρικού συστήματος, καρδιαγγειακών νοσημάτων λόγω απόφραξης αρτηριών, αυτοάνοσων διαταραχών καθώς και γενετικών εκφυλιστικών παθήσεων. Παρόλο που οι ελεύθερες ρίζες παράγονται φυσικά στον οργανισμό του ανθρώπου έχει αποδειχθεί πως ορισμένοι παράγοντες συμβάλουν στην αύξηση παραγωγής τους. Τέτοιοι παράγοντες είναι η έκθεση σε τοξικές χημικές ουσίες, το κάπνισμα, το αλκοόλ καθώς και τα τηγανητά φαγητά.

Στο κοινωνιολογικό επίπεδο οι πιο σημαντικές θεωρίες γήρανσης είναι η θεωρία της δραστηριότητας και η θεωρία της αποσύνδεσης. Η θεωρία της δραστηριότητας υποστηρίζει πως η προσαρμογή είναι καλύτερη για τα άτομα που δέχονται την γήρανση ως μια φυσική διαδικασία και συνεχίζουν να παραμένουν το ίδιο ενεργά όσο και όταν μεσήλικες ενώ σύμφωνα με τη θεωρία της αποσύνδεσης η γήρανση χαρακτηρίζεται ως διεργασία όπου το άτομο και η κοινωνία αποχωρίζονται με αμοιβαία ικανοποίηση. Δηλαδή όσο πιο σταδιακή και όχι απότομη είναι η απώλεια των κοινωνικών ρόλων και σχέσεων του ατόμου, τόσο πιο αποτελεσματικός είναι ο τρόπος γήρανσης. Τόσο η θεωρία της δραστηριότητας όσο και η θεωρία της αποσύνδεσης ανήκουν στις λειτουργικές θεωρίες και στηρίζονται στην υπόθεση ότι η κοινωνία είναι ένα σύστημα που βρίσκεται σε ισορροπία και η αποσύνδεση είναι μέρος της ισορροπίας αυτής (Ross, Redfern, Harris, & Christian, 2011).

Οι δημογραφικές θεωρίες μελετούν την γήρανση από την πλευρά του πληθυσμού και εξετάζουν με ποιον τρόπο μεταβάλλεται ο πληθυσμός σε ότι αφορά τη θνησιμότητα και την γονιμότητα ενώ οι ψυχολογικές θεωρίες επικεντρώνονται κυρίως στην ψυχολογική κατάσταση των ηλικιωμένων ατόμων η οποία οφείλεται στις αλλαγές στο κοινωνικό και συναισθηματικό περιβάλλον των ηλικιωμένων ατόμων (Καραϊσκού, 2018).

1.2 Ευδόκιμη Γήρανση

Η ευδόκιμη γήρανση δεν αφορά μόνο τη διατήρηση της υγείας αλλά και την μεγιστοποίηση των ψυχολογικών πόρων κάποιου, δηλαδή την αυτό-αποτελεσματικότητα και την ανθεκτικότητα. Ο ορισμός της ευδόκιμης γήρανσης δεν μπορεί να οριστεί με αυστηρότητα καθώς κατά καιρούς έχει δεχτεί πληθώρα

διαφορετικών ορισμών από την επιστημονική κοινότητα κατά την προσπάθεια αυτής να εντοπίσει τα επιμέρους χαρακτηριστικά της ευδόκιμης γήρανσης.

Συγκεκριμένα σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως ευδόκιμη γήρανση ορίζεται να είναι η αποφυγή της ασθένειας και της αναπηρίας κατά την διάρκεια της τρίτης ηλικίας. Αντίθετα οι Baltes και Carstensen υποστηρίζουν πως η ευδόκιμη γήρανση είναι η καλύτερη εκτέλεση των δράσεων ανάλογα με την κατάσταση που βιώνει το κάθε άτομο. Ένας άλλος ορισμός που ακολουθεί παρόμοια λογική με τον προηγούμενο είναι ο ορισμός του Schmidt ο οποίος υποστηρίζει ότι η ευδόκιμη γήρανση είναι η ελάχιστη διακοπή της συνηθισμένης λειτουργίας με την παρουσία όσο το δυνατόν λιγότερων συμπτωμάτων χρόνιας νόσου. Τόσο στον ορισμό του Schmidt όσο και στον ορισμό των Baltes και Carstensen στην ευδόκιμη γήρανση δεν αποκλείεται η ύπαρξη σωματικών προβλημάτων σε αντίθεση με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που αναφέρθηκε πιο πάνω (Καλαμίδα, 2019).

Ωστόσο έχουν ανακαλυφθεί πιο πολύπλοκα μοντέλα τα οποία είναι αποδεκτά από την επιστημονική κοινότητα λόγω των θετικών τους συνεπειών. Ένα τέτοιο μοντέλο είναι το MacArthur των Rowe and Kahnto οποίο επικεντρώνεται τόσο στην σωματική όσο και στην ψυχική λειτουργικότητα των ηλικιωμένων ατόμων. Σύμφωνα με το συγκεκριμένο μοντέλο ως επιτυχημένη γήρανση χαρακτηρίζεται η απουσία αναπηρίας η οποία συνοδεύεται από επαρκή κοινωνική, γνωστική και σωματική λειτουργικότητα (Stowe, & Cooney, 2015). Στο συγκεκριμένο μοντέλο αναφέρεται πως υπάρχουν τρία κριτήρια για την επιτυχημένη γήρανση. Τα κριτήρια αυτά είναι ο χαμηλός κίνδυνος εμφάνισης ασθένειας και αναπηρίας, η οποία αποτελεί συνέπεια της ασθένειας, η διατήρηση της υψηλής νοητικής και σωματικής λειτουργικότητας και η επίμονη συμμετοχή στην ενεργό ζωή. Το τελευταίο κριτήριο στοχεύει στην διατήρηση της

κοινωνικής λειτουργικότητας κατά την διάρκεια της τρίτης ηλικίας των ατόμων (Καρβέλα, 2017).

Παρόλο που το μοντέλο MacArthur είχε αποδεχθεί πλήρως από την επιστημονική κοινότητα, ποικίλες ήταν και οι αντιδράσεις από ορισμένους ειδικούς για τον χαρακτηρισμό «επιτυχημένη γήρανση» (Rubinstein & Kate de Medeiros, 2015). Οι ειδικοί υποστήριζαν πως ο χαρακτηρισμός αυτός είναι προβληματικός διότι διαχωρίζει τους ηλικιωμένους σε επιτυχημένους και ανεπιτυχής, καθώς δεν είναι ορθό ένας άνθρωπος να θεωρείται «ανεπιτυχής» επειδή πάσχει από μια χρόνια πάθηση ενώ παραμένει λειτουργικός.

Τα κριτήρια που απαιτούνται για την επίτευξη επιτυχούς γήρανσης, τα οποία αναφέρονται στην βιβλιογραφία μπορούν να ομαδοποιηθούν σε πέντε κατηγορίες, την βιολογική, την ευρύτερη βιολογική, την κοινωνική, την ψυχολογική και την απλή. Η βιολογική αποτελείται τις χρόνιες παθήσεις και την ικανότητα άσκησης των δραστηριοτήτων στην καθημερινότητα, η ευρύτερη βιολογική αποτελείται από τα παραπάνω και επιπλέον από τον αριθμό των διαφορετικών κοινωνικών δραστηριοτήτων που ασχολούνται οι ηλικιωμένοι, η κοινωνική ασχολείται με τον αριθμό των κοινωνικών δραστηριοτήτων και την συχνότητα των κοινωνικών επαφών των ηλικιωμένων, η ψυχολογική αποτελείται από τον βαθμό αυτό-αποτελεσματικότητας και τον αισιοδοξίας και η απλή αποτελείται από όλα τα παραπάνω συν τις συνθήκες διαβίωσης των ηλικιωμένων όπως είναι τα προβλήματα στην περιοχή που κατοικούν (Bowling & Iliffe, 2011).

1.3 Ψυχικά χαρακτηριστικά ηλικιωμένων

Από τα βασικότερα ψυχολογικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι είναι η μοναξιά. Έχει αποδειχθεί πως όσο ο άνθρωπος μεγαλώνει ηλικιακά, αυξάνεται το αίσθημα της μοναξιάς εξαιτίας της κοινωνικής και οικονομικής κατάστασης, της αποξένωσης και των προβλημάτων υγείας (Καραϊσκού, 2018).

Το αίσθημα της μοναξιάς οφείλεται κυρίως στην μείωση των κοινωνικών σχέσεων που παρουσιάζει το άτομο στην τρίτη ηλικία και μεγιστοποιείται όταν σε ένα ζευγάρι ηλικιωμένων ο ένας από τους δυο πεθαίνει. Ωστόσο συχνά το αίσθημα της μοναξιάς είναι εξίσου έντονο ακόμη και όταν οι δύο σύζυγοι είναι εν ζωή. Αυτό συμβαίνει κυρίως όταν το οικογενειακό τους περιβάλλον αρχίζει να απομακρύνεται από αυτούς και έχει σαν συνέπεια την επιβάρυνση της ψυχολογικής κατάστασης των ηλικιωμένων λόγω της ανασφάλειας και της περιθωριοποίησης που νιώθουν (Πλατή, 2015). Παρατηρείται συχνότερα και πιο έντονα στα άτομα της τρίτης ηλικίας τα οποία είναι εσώκλειστα σε κάποιο ίδρυμα ή γηροκομείο, διότι νιώθουν αποκομμένοι από τον υπόλοιπο κόσμο. Η μοναξιά οδηγεί τους ηλικιωμένους να περιορίσουν ακόμα περισσότερο τον κύκλο τους και εάν δεν αντιμετωπιστεί εγκαίρως με κατάλληλες ενέργειες από το άτομο και την κοινωνία μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα (Καραϊσκού, 2018).

Ένα άλλο βασικό ψυχολογικό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα άτομα της τρίτης ηλικίας είναι η κατάθλιψη. Η κατάθλιψη είναι μια ψυχική διαταραχή που συνοδεύεται από ψυχολογικά προβλήματα και προβλήματα συμπεριφοράς. Η κατάθλιψη των ηλικιωμένων μπορεί να χαρακτηριστεί είτε ως πρωτογενής είτε ως δευτερογενής. Η πρωτογενής κατάθλιψη περιλαμβάνει τρεις μορφές, την μείζων κατάθλιψη, τη δυσθυμία και τις άτυπες μορφές ενώ η δευτερογενής αποτελείται από δυο μορφές, την οργανική κατάθλιψη και της καταθλιπτικές αντιδράσεις. Για να χαρακτηριστεί η

κατάθλιψη ως μείζων απαιτείται η ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων για τουλάχιστον δυο εβδομάδες. Πιο συγκεκριμένα θα πρέπει να παρατηρούνται στο άτομο συναισθήματα όπως η μελαγχολία και το αίσθημα απελπισίας, ψυχοκινητικές διαταραχές, γνωστικές διαταραχές, σωματικά συμπτώματα και κοινωνική απόσυρση. Η δυσθυμία σε αντίθεση με τη μείζων κατάθλιψη απαιτεί συμπτώματα για τουλάχιστον δυο χρόνια. Τα συμπτώματα αυτά είναι ίδια με αυτά της μείζονος κατάθλιψης όμως λιγότερα σε αριθμό και ελαφρότερα σε ένταση. Οι άτυπες μορφές ή αλλιώς συγκαλυμμένη κατάθλιψη χαρακτηρίζονται από άρνηση του καταθλιπτικού συναισθήματος, το οποίο εμφανίζεται ως σωματικό ή γνωστικό σύμπτωμα (Μάρτζακλη, 2008).

Η οργανική κατάθλιψη προκύπτει ως αποτέλεσμα κάποιων βιολογικών μεταβολών στον οργανισμό, οι οποίες οφείλονται είτε στη λήψη φαρμάκων που προκαλούν αντίστοιχες μεταβολές είτε σε μια νόσο η οποία επηρεάζει το κεντρικό νευρικό σύστημα ενώ οι καταθλιπτικές αντιδράσεις προκύπτουν ως αποτέλεσμα σωματικών νοσημάτων. Οι συνέπειες της κατάθλιψης παρατηρούνται τόσο στην σωματική υγεία του ατόμου όσο και στην ψυχική του υγεία. Τα σημαντικότερα συμπτώματα της ψυχικής υγείας είναι η στεναχώρια, η απάθεια και οι αυτοκτονικές τάσεις ενώ τα σημαντικότερα συμπτώματα της σωματικής υγείας είναι οι διατροφικές διαταραχές, η απώλεια βάρους και η σωματική κόπωση (Μάρτζακλη, 2008).

Μια άλλη μορφή ψυχικής διαταραχής η οποία χαρακτηρίζεται ως μια από τις πιο σοβαρές ψυχικές νόσους είναι η διπολική διαταραχή ή αλλιώς μανιοκατάθλιψη. Η μανιοκατάθλιψη σοβαρή ασθένεια διότι τα άτομα που πάσχουν από αυτήν δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν χωρίς βοήθεια στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής. Τα συμπτώματα της διπολικής διαταραχής διαχωρίζονται ανάλογα με την μορφή του επεισοδίου, σε καταθλιπτικό ή μανιακό. Κατά την διάρκεια ενός καταθλιπτικού

επεισοδίου ο ασθενής έχει καταθλιπτική διάθεση, αυτοκτονικές τάσεις αίσθημα κενού, αισθάνεται απαισιοδοξία και ενοχές ενώ κατά την διάρκεια ενός μανιακού επεισοδίου αδυνατεί να οργανώσει σωστά τον λόγο του, είναι υπερδραστήριος, δεν έχει ανάγκη για ξεκούραση και αδυνατεί να καταλάβει την κατάσταση του (Καραϊσκού, 2018).

Μια πιο ήπια ψυχική διαταραχή που παρατηρείται στα άτομα της τρίτης ηλικίας είναι η δυσθυμία. Η δυσθυμία παρουσιάζει πιο ελαφριά συμπτώματα από την κατάθλιψη, τα οποία έχουν μεσαία ως και μεγάλη διάρκεια και επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του ατόμου σε σημαντικό βαθμό (Καραϊσκού, 2018). Στα συμπτώματα της δυσθυμίας καταγράφονται μεταξύ άλλων το συναίσθημα της θλίψης, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η δυσκολία συγκέντρωσης και λήψης αποφάσεων, η απελπισία, η απώλεια ενέργειας, η σωματική και η ψυχολογική κόπωση. Συχνά η δυσθυμία συνδέεται και με άλλες ψυχικές διαταραχές όπως η μείζονα κατάθλιψη και οι διαταραχές προσωπικότητας και τα άτομα δεν καταλαβαίνουν αν έχουν κάποιο πρόβλημα θεωρώντας απλά πως διανύουν μια περίοδο θλίψης και δεν απευθύνονται σε κάποιον ειδικό. Τα άτομα τα οποία πάσχουν από δυσθυμία η οποία εξελίσσεται σε μείζονα κατάθλιψη παρουσιάζουν το φαινόμενο της «διπλής κατάθλιψης» (Γκίωνη & Γιαβρούτα, 2015).

Ένα συχνό φαινόμενο που παρατηρείται κυρίως στα άτομα της τρίτης ηλικίας είναι ο φόβος του θανάτου και το τι ακολουθεί μετά. Η αντίδραση του κάθε ατόμου διαφέρει ανάλογα με τον χαρακτήρα του. Υπάρχουν τα άτομα που αναφέρονται στο θέμα εκφράζοντας την επιθυμία τους να είχαν την δυνατότητα για έναν χρόνο ζωής ακόμα, μόνο με μία φράση ενώ υπάρχουν και άτομα που το αντιμετωπίζουν με εκνευρισμό και άρνηση και αναρωτιούνται συνεχώς γιατί να συμβεί κάτι τέτοιο σε αυτούς. Σύνηθες είναι τα άτομα άνω των 80 ετών να αντιμετωπίζουν ψύχραιμα την ιδέα του θανάτου καθώς θεωρούν πως δεν έχουν να προσφέρουν στην κοινωνία.

Αντίθετα τα άτομα νεότερης ηλικίας δεν είναι κατάλληλα προετοιμασμένα για να αποδεχτούν την ιδέα του θανάτου, καθώς πιστεύουν πως έχουν ακόμη να προσφέρουν πολλά (Γκίωνα & Γιαβρούτα, 2015).

Το ψυχολογικό άγχος είναι άλλος ένας παράγοντας που επιδρά αρνητικά στην υγεία των ηλικιωμένων ατόμων. Ο λόγος που αισθάνονται το ψυχολογικό άγχος τα άτομα της τρίτης ηλικίας δεν μπορεί να προσδιοριστεί με ευκολία. Τα άτομα αυτής της ηλικιακής ομάδας αισθάνονται ψυχολογική πίεση και πιστεύουν πως δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν σε δυσάρεστες καταστάσεις με αποτέλεσμα να αναπτύσσονται δυσάρεστα συναισθήματα όπως η μελαγχολία και η θλίψη (Καραϊσκού, 2018).

1.3.1 Προβλήματα στην Τρίτη ηλικία

Τα πιο συχνά προβλήματα που παρατηρούνται σε άτομα τρίτης ηλικίας είναι ο πόνος, οι πτώσεις, οι διαταραχές του ύπνου, τα διατροφικά προβλήματα και η άνοια (Νικολάου, 2015).

Ο πόνος είναι κάτι πιο περίπλοκο από μια αντίδραση σε ένα ερέθισμα και περιλαμβάνει την αλληλεπίδραση σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων, με αποτέλεσμα ο πόνος να θεωρείται προσωπική αίσθηση που δεν μοιράζεται με άλλους. Σύμφωνα με τον Engel ο πόνος αντιπροσωπεύει την θλίψη που προέρχεται από την ψυχική αντίληψη μιας πραγματικής, απειλητικής ή φανταστικής βλάβης. Ο πόνος είναι μια δυσάρεστη εμπειρία που προκύπτει ως αποτέλεσμα οδυνηρού ερεθίσματος. Χαρακτηρίζεται ως σύνθετο φαινόμενο και παρουσιάζει δυσκολίες στον καθορισμό του με την απλή λογική (Γκίωνα & Γιαβρούτα, 2015).

Ο πόνος αποτελείται από τρία βασικά χαρακτηριστικά, την αναγνώριση ενός οδυνηρού αισθήματος από το άτομο, η υποκειμενική εκτίμηση του πόνου, το

συστατικό της συναισθηματικής κινητοποιήσεως όπου το άτομο αντιδρά συγκινησιακά, η αντικειμενική εκτίμηση του πόνου και το γνωσιακό συστατικό, το οποίο περιλαμβάνει εμπειρίες πόνου στο παρελθόν, ανταποκρίσεις προς τον πόνο και ποια η σημασία του πόνου για το άτομο. Η δυσκολία εντοπισμού του πόνου οφείλεται αρχικά στο ότι οι ηλικιωμένοι δεν αναφέρουν τον πόνο διότι θεωρούν πως ο πόνος δεν θεραπεύεται. Η αντίληψη αυτή τους εμποδίζει να ζητήσουν βοήθεια, φοβούμενοι ότι θα χαρακτηριστούν κουραστικοί και παραπονιάρηδες (Brown et al., 2011). Ένας άλλος λόγος που δυσκολεύει τον εντοπισμό του πόνου είναι η επικοινωνία του ηλικιωμένου με κάποιο άλλο άτομο, καθώς συχνά λόγω προβλημάτων υγείας είναι ακατόρθωτη.

Οι διαταραχές του ύπνου είναι ένα σύνθετο και οργανωμένο φαινόμενο. Ο ύπνος είναι φυσική επαναλαμβανόμενη διαδικασία σημαντική για την διατήρηση της φυσικής και της ψυχικής υγείας του ανθρώπου. Οι ανάγκες για την ηλικία ποικίλουν ανάλογα με την ηλικία, την δραστηριότητα και την φυσική κατάσταση του κάθε ατόμου. Η πτώση της συνείδησης κατά την διάρκεια του ύπνου δίνει χρόνο στα συστήματα του σώματος να ανανεωθούν. Τα παράπονα των ηλικιωμένων για ανεπαρκή ύπνο είναι συνηθισμένο φαινόμενο (Νικολάου, 2015).

Οι διαταραχές του ύπνου χωρίζονται σε τέσσερις κατηγορίες. Οι κατηγορίες αυτές είναι οι διαταραχές ενάρξεως και διατηρήσεως του ύπνου, οι οποίες οφείλονται στον πόνο, στον θόρυβο, στην ανησυχία και στην κατάθλιψη, οι διαταραχές που εκδηλώνονται με υπερβολικό ύπνο, οι οποίες οφείλονται συνήθως σε υπερβολική χρήση φαρμάκων, οι διαταραχές του κύκλου αφυπνίσεως όπως είναι η άνοια και οι διαταραχές που εκδηλώνονται κατά των ύπνο με φάσεις ύπνου και μερικής αφυπνίσεως όπως οι υπνοβασίες και οι επιληπτικές κρίσεις κατά τον ύπνο. Ωστόσο υπάρχουν και διαταραχές στον ύπνο που οφείλονται σε προβλήματα που αντιμετωπίζει το άτομο την νύχτα όπως το ροχαλητό, η αϋπνία και η άπνοια. Οι συχνότερες αιτίες διαταραχής του

ύπνου οφείλονται σε ειδικά νοσήματα και οι πιο συχνοί λόγοι που προκαλούν αϋπνία είναι οι συνθήκες στο περιβάλλον όπως ο θόρυβος και η θερμοκρασία, τα ψυχολογικά προβλήματα, δηλαδή αν το άτομο αισθάνεται άγχος, υπερένταση, μελαγχολία ή φόβο και τα σωματικά προβλήματα όπως είναι ο πόνος, η πείνα και η δυσφορία (Γκίωνη & Γιαβρούτα, 2015).

Οι πτώσεις είναι ένα από τα πιο συχνά ατυχήματα που συμβαίνουν στα άτομα της τρίτης ηλικίας και οφείλονται κυρίως στον συνδυασμό ενός μεγάλου αριθμού μεταβολών που σχετίζονται με την γήρανση και την προχωρημένη ηλικία (Γκίωνη & Γιαβρούτα, 2015). Η αιτία των πτώσεων καθορίζεται από φυσικούς, ψυχολογικούς ακόμη και από περιβαλλοντικούς παράγοντες. Οι παράγοντες κατατάσσονται σε εξωγενείς και ενδογενείς. Οι πτώσεις που οφείλονται σε εξωγενείς παράγοντες θα μπορούσαν να συμβούν και σε έναν υγιή άνθρωπο, ενώ οι πτώσεις που οφείλονται σε ενδογενείς παράγοντες συνδέονται με την κατάσταση της υγείας του ατόμου.

Στους φυσικούς παράγοντες συμπεριλαμβάνονται τα μυοσκελετικά, αισθητηριακά, νευρολογικά και καρδιολογικά προβλήματα που ίσως αντιμετωπίζουν τα άτομα. Στους ψυχολογικούς παράγοντες ανήκει η κατάθλιψη, το στρες και ο φόβος της επανάληψης της πτώσης. Όταν αναφερόμαστε στους περιβαλλοντικούς παράγοντες εννοούμε τον ανεπαρκή φωτισμό, τα χαλαρά πατάκια, το ολισθηρό πάτωμα, τα σκαλοπάτια, κ.λπ. Από την άλλη στους εξωγενείς παράγοντες ανήκουν τα φάρμακα, η χρονική διάρκεια παραμονής του ατόμου σε κάποιο ίδρυμα, η ώρα που συνέβη η πτώση, κ.λπ., ενώ στους ενδογενείς παράγοντες ανήκουν η ηλικία, η κατάσταση της υγείας και η μειωμένη κινητικότητα (Γκίωνη & Γιαβρούτα, 2015).

Μια πτώση μπορεί να προκαλέσει ελαφριά προβλήματα όπως απλό πόνο και ανησυχία όμως μπορεί αν προκαλέσει και σοβαρά προβλήματα όπως κακώσεις,

ραγίσματα του μυοσκελετικού συστήματος ή ακόμη και θάνατο. Οι πτώσεις οφείλονται για το 50% των θανάτων των ηλικιωμένων ατόμων. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι έχουν αποδεχτεί την ιδέα ότι υπάρχει μεγάλη περίπτωση κάποια στιγμή να πέσουν, για τον λόγο αυτό πολλοί ηλικιωμένοι είναι εξαιρετικά προσεκτικοί με τις δραστηριότητες της καθημερινότητας τους, καθώς οι περισσότερες πτώσεις συμβαίνουν μέσα στο σπίτι ή γύρω από αυτό. Το άγχος για τις πτώσεις συμβάλει στην ακινητοποίηση των ατόμων της τρίτης ηλικίας (Γκίωνα & Γιαβρούτα, 2015).

Η διατροφή είναι σημαντικός παράγοντας της υγείας των ατόμων της τρίτης ηλικίας και επηρεάζει την διαδικασία της γήρανσης. Η καλή διατροφή αποτελεί σημαντικό παράγοντα μακροζωίας. Οι ηλικιωμένοι πρέπει να συμπεριλαμβάνουν καθημερινά θρεπτικά συστατικά στην διατροφή τους για να διατηρήσουν σε ικανοποιητικά επίπεδα την ψυχική, τη φυσική και τη λειτουργική τους κατάσταση. Οι ανάγκες σε θρεπτικές ουσίες ωστόσο δεν είναι οι ίδιες για όλα τα άτομα αλλά διαφοροποιούνται ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, τη δραστηριότητα και τη σωματική διάπλαση του κάθε ατόμου. Κυρίως στα άτομα της τρίτης ηλικίας η σωστή διατροφή είναι απαραίτητη καθώς με το πέρασμα του χρόνου συμβαίνουν σημαντικές αλλαγές στο σώμα όπως η μείωση του βάρους του σκελετού, η μείωση της άλιπης μάζας, η μείωση της λειτουργικής απόδοσης των συστημάτων και της φυσικής δραστηριότητας (Γκίωνα & Γιαβρούτα, 2015).

Η διατροφή ενός ηλικιωμένου επηρεάζεται από παθολογικούς, κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Συγκεκριμένα οι παθολογικές καταστάσεις μπορεί να ευθύνονται για αλλαγές στον μεταβολισμό, στην απορρόφηση και στην πρόκληση υπερβολικής απώλειας θρεπτικών στοιχείων. Η διαιτητική πρόληψη επιδεινώνεται από ψυχιατρικές διαταραχές, λειτουργικά προβλήματα ακόμη και από την έλλειψη ατόμου, το οποίο είναι υπεύθυνο για το φαγητό στην περίπτωση που ο ηλικιωμένος είναι

εξαρτημένος. Οι παράγοντες που συμβάλουν στο να μην μπορεί ο ηλικιωμένος να σιτίζεται μόνος του απαρτίζονται κυρίως από χρόνιες παθήσεις όπως η νόσος του Parkinson, η αρθρίτιδα, τα κατάγματα, οι νευρολογικές διαταραχές, το εγκεφαλικό επεισόδιο κ.α. Ωστόσο δυσκολίες αντιμετωπίζουν και τα άτομα που έχουν τεχνητές οδοντοστοιχίες, οι οποίες δεν εφαρμόζουν καλά στο στόμα, διότι προκαλούν δυσκολία στην μάσηση ορισμένων φαγητών. Αναφέρεται ότι αυτός που φοράει τεχνητές οδοντοστοιχίες χρειάζεται τετραπλάσιο χρόνο για την μάσηση του φαγητού σε σχέση με κάποιον που έχει φυσιολογικά δόντια (Νικολάου, 2015).

Η υποθρεψία είναι ένα συχνό φαινόμενο στους ηλικιωμένους. Εμφανίζεται συχνότερα σε ηλικιωμένα άτομα τα οποία νοσηλεύονται σε νοσοκομεία και σε άτομα τα οποία κατοικούν σε ιδρύματα. Ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας (WHO) ορίζει την υποθρεψία να είναι η έλλειψη ισορροπίας μεταξύ της παροχής θρεπτικών συστατικών και ενέργειας και της ανάγκης του οργανισμού για αυτά (Alberda, Graf, & McCargar, 2006). Η διάγνωση της υποθρεψίας καθίσταται αρκετά δύσκολη καθώς η υποθρεψία συχνά θεωρείται φυσικό επακόλουθο της γήρανσης. Τα πρώτα συμπτώματα της υποθρεψίας είναι η μειωμένη όρεξη, η μείωση κατανάλωσης κρέατος, η ατονία, το αίσθημα της κούρασης και η ελαττωμένη κινητική ικανότητα με τα κυριότερα να είναι η μειωμένη όρεξη και η μειωμένη κατανάλωση κρέατος. Έπειτα παρατηρείται απώλεια όρεξης, σημαντική μείωση του σωματικού βάρους, αδυναμία και απώλεια μυών, ξηρό δέρμα, ακινησία και μειωμένη κατανάλωση κατά τρία τέταρτα των ημερήσιων αναγκών (Βάρρα & Καραμπόλας, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΣΥΓΧΩΡΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

2.1 Η έννοια της συγχωρετικότητας

Το ενδιαφέρον της επιστημονικής ψυχολογίας στράφηκε προς την έννοια και τις διαστάσεις της συγχωρετικότητας τις τελευταίες δεκαετίες. Η έννοια της συγχωρετικότητας δεν έχει οριστεί με ακρίβεια καθώς συχνά οι επιστήμονες ερχόταν σε αντιπαράθεση σχετικά με την ακριβή ερμηνεία της λέξης. Ωστόσο παρατηρούνται κοινά στοιχεία στις διάφορες ερμηνείες τους. Σύμφωνα με τον Enright (1992) η συγχωρετικότητα ορίζεται ως η προθυμία να εγκαταλείψει κάποιος την δυσαρέσκεια, την αρνητική στάση και την αδιάφορη συμπεριφορά προς ένα άτομο που πλήγωσε κάποιον άδικα, ενισχύοντας την γενναιοδωρία, την συμπόνια και την αγάπη προς το άτομο αυτό (Enright, Gassin, & Wu, 1992), ενώ σύμφωνα με τον McCullough (2000) η συγχωρετικότητα ορίζεται να είναι η αλλαγή στα κίνητρα κάποιου προς ένα άτομο με το οποίο συναναστρέφεται και παρατήρησε παραβατική συμπεριφορά απέναντι του ή απέναντι σε άλλους (Τζιβλικάκη, 2020).

Σύμφωνα με την επιστήμη της ψυχολογίας η συγχωρετικότητα είναι μια συναισθηματική και γνωστική διεργασία που περιλαμβάνει την αποστασιοποίηση του ατόμου από συναισθήματα μίσους και τιμωρίας και την στροφή του προς την ανάπτυξη θετικών συναισθημάτων όπως η συμπόνια, η ενσυναίσθηση, η καλοσύνη και η αγάπη προς τον αδικήσαντα. Η συγχωρετικότητα θεωρείται πως είναι μια στρατηγική αντιμετώπισης. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες, κάθε μια από αυτές εστιάζει στο συναίσθημα, στην γνωστική και στην συμπεριφορά αντίστοιχα (Melendez, Mayordomo, Sancho, & Tomas, 2012). Η συγχωρετικότητα θεωρείται τόσο μια συναισθηματική γνωστική αντιμετώπιση όσο και μία γνωστική.

Στα πλαίσια της συναισθηματικής στρατηγικής τα άτομα χρησιμοποιούν την συγχώρηση με σκοπό να αντιμετωπίσουν την αδικία που έχουν υποστεί καθώς και το συναίσθημα αδιαφορίας που τους προκαλούν οι άλλοι. Από την άλλη όσον αφορά την γνωστική στρατηγική, η συγχωρετικότητα χρησιμοποιείται σαν ως μέσο διαχείρισης των αρνητικών συναισθημάτων που νιώθει το άτομο κατά την διαδικασία προσαρμογής του στις νέες συνθήκες (Καλαμίδα, 2019).

Έχουν καταγραφεί τρεις τύποι συγχώρεσης σύμφωνα με την ψυχολογική προσέγγιση, οι οποίοι λαμβάνονται υπόψη τόσο σε θεωρητικό όσο και σε ερευνητικό επίπεδο. Οι τύποι αυτοί είναι: η χαρακτηριστική συγχωρετικότητα, η οποία αναφέρεται στον βαθμό που το άτομο έχει την τάση να συγχωρεί σε διαφορετικές συνθήκες, η περιστασιακή συγχώρεση η οποία αφορά το βαθμό συγχώρεσης σε μια συγκεκριμένη συνθήκη και η αυτό-συγχώρεση η οποία σχετίζεται με το βαθμό που το άτομο μπορεί να συγχωρέσει τον εαυτό του. Σύμφωνα με την χαρακτηριστική συγχωρετικότητα η συγχώρεση αποτελεί προσωπικό χαρακτηριστικό του ατόμου, ενώ σύμφωνα με την περιστασιακή συγχώρεση, η συγχώρεση αντιμετωπίζεται σαν διεργασία, η οποία γίνεται σε συγκεκριμένες συνθήκες (Καλαμίδα, 2019).

Η συγχωρετικότητα μπορεί να λαμβάνει χώρα είτε στον εσωτερικό κόσμο του ατόμου είτε μεταξύ ανθρώπων. Έτσι προκύπτουν δυο κύριες διαστάσεις της συγχωρετικότητας. Από την μια μεριά η συγχωρετικότητα αφορά συναισθηματική στάση η οποία στηρίζεται σε ερμηνείες και γνωστικές εκτιμήσεις. Αυτός ο τύπος συγχωρετικότητας αφορά τον ψυχισμό του θύματος, δηλαδή περιλαμβάνει διαδικασίες που συμβαίνουν στο μυαλό του ατόμου που πληγώθηκε. Η συναισθηματική διάσταση της συγχωρετικότητας επικεντρώνεται στις γνωστικές διαδικασίες όπως το να προσπαθεί το θύμα να καταλάβει και την πλευρά του δράστη. Με τον όρο δράστη αναφερόμαστε στο άτομο που προέβη στην παραβατική συμπεριφορά. Από την άλλη

η συγχωρετικότητα εμφανίζεται ως μια κοινωνική πράξη που συμβαίνει μεταξύ των ανθρώπων, δηλαδή μια προσπάθεια με στόχο να επαναφέρει την σχέση μεταξύ των ατόμων στην κατάσταση που ήταν πριν γίνει η παραβατική πράξη. Η συγχωρετικότητα όπως και όλες οι κοινωνικές ενέργειες μπορεί να συμβεί σε συγκεκριμένες περιστάσεις (Καλφούντζου, 2016).

Με βάση τις δυο παραπάνω διαστάσεις προκύπτουν τέσσερις τύποι συγχωρετικότητας, η σιωπηλή, η ψευδής, η ολοκληρωμένη και η μη συγχώρεση. Στη σιωπηλή συγχωρετικότητα το θύμα παύει να αισθάνεται θυμό απέναντι στο δράστη όμως δεν το εκφράζει, ενώ αντίθετα κατά την ψευδή συγχωρετικότητα το θύμα εκφράζει την συγχωρετικότητά του στο δράστη όμως εσωτερικά δεν την αισθάνεται. Στην ολοκληρωμένη συγχώρεση το θύμα δεν νιώθει πια άσχημα συναισθήματα για το δράστη και είναι πιθανό η σχέση του θύματος με το δράστη να επανέλθει στην αρχική της κατάσταση. Ωστόσο υπάρχει και η μη συγχώρεση, κατά την οποία το θύμα δεν συγχωρεί το δράστη (Καλφούντζου, 2016).

Η διαδικασία της συγχωρετικότητας διέπεται από τέσσερα στάδια κάποιες φορές επαναπροσδιορίζονται ενώ άλλοτε παρακάμπτονται ανάλογα με την προσωπική ανάγκη του ατόμου τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Τα στάδια αποτελούνται από τέσσερις φάσεις. Αρχικά έχουμε την φάση της αποκάλυψης κατά την οποία το άτομο αντιλαμβάνεται την υπέρβαση που πρόκειται να ακολουθήσει εκ μέρους του. Στη συνέχεια ακολουθεί η φάση της απόφασης κατά την οποία το άτομο αποφασίζει να συνεχίσει προς την συγχώρεση. Έπειτα είναι η φάση της εκτέλεσης της συγχώρεσης κατά την οποία παρατηρείται αλλαγή στην στάση του ατόμου όσο αφορά αυτό που πρόκειται να συγχωρέσει. Τελευταία είναι η φάση της εμβάθυνσης, στην οποία τα αρνητικά συναισθήματα ελαττώνονται ενώ ταυτόχρονα αυξάνονται τα θετικά (Τζιβλικάκη, 2020).

Η συγχωρετικότητα προσεγγίζεται επίσης από κοινωνική και θρησκευτική σκοπιά. Υπό κοινωνική σκοπιά η συγχωρετικότητα αντιμετωπίζεται ως μια κοινωνική οντότητα που υπάρχει σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια και συνδέεται με την δέσμευση και την εμπιστοσύνη. Ο βαθμός της συγχωρετικότητας είναι διαφορετικός ανάλογα με το είδος των κοινωνικών δομών, όπως είναι ο γάμος, η φιλία, το εργασιακό περιβάλλον και η οικογένεια. Από την άλλη υπό την θρησκευτική σκοπιά, η συγχώρεση έχει πολλές διαστάσεις και βασίζεται στις σχέσεις που αναπτύσσουν οι άνθρωποι με τον εαυτό τους, τους άλλους και τον Θεό. Σύμφωνα με την θρησκεία η συγχώρεση είναι μια αρετή που συμβάλει στην ανάπτυξη των θετικών συναισθημάτων και εφαρμόζεται μέσα από την εκτέλεση θρησκευτικών τελετών (Καλαμίδα, 2019).

Η συγχωρετικότητα επηρεάζεται από την προσωπικότητα του ατόμου, την ηλικία, κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες και επηρεάζει την υγεία των ανθρώπων. Οι ηλικιωμένοι άνθρωποι είναι πιο πρόθυμοι να συγχωρήσουν σε σχέση με τους νεότερους. Αυτό συμβαίνει διότι τα άτομα αυτά προσπαθούν να διατηρήσουν μια συναισθηματική ευημερία, καθώς πιστεύουν πως το μέλλον τους είναι περιορισμένο (Καρβέλα, 2017). Σημαντικό ρόλο στην επιρροή της συγχωρετικότητας έχει επίσης ο λόγος και η φύση της εκάστοτε παράβασης, διότι όταν μια πράξη έχει αρνητική επιρροή στην ζωή μας δεν είναι εύκολο να συγχωρεθεί. Μεγάλη σημασία έχει επίσης η πρόθεση του δράστη, η μεταμέλεια που θα δείξει και κατά πόσο μας είναι συμπαθές το άτομο που έκανε την παραβατική πράξη.

Από τα παραπάνω καταλαβαίνουμε ότι παρόλο που οι ορισμοί για την συγχωρετικότητα ποικίλουν ανάλογα με την επιστήμη που ασχολείται με αυτήν, υπάρχει ένα κοινό στοιχείο, που αφορά την απαλλαγή του ατόμου από αρνητικά συναισθήματα μετά την συγχώρεση (Καλαμίδα, 2019).

2.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την έκφραση της συγχωρετικότητας

Η διαδικασία της συχώρεσης είναι μια διαδικασία με έντονα εσωτερικό χαρακτήρα και η οποία για να επιτευχθεί απαιτεί χρόνο, ενώ στην εξέλιξη αυτής επιδρούν εσωτερικοί και εξωτερικοί παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στον χρόνο που απαιτείται για να επιτευχθεί η συγχωρετικότητα και στο αποτέλεσμα που έχει η διαδικασία αυτή. Η ανάγκη για μελέτη της αλληλεπίδρασης των παραγόντων αυτών οδήγησαν την επιστημονική κοινότητα στην εις βάθος μελέτη του τρόπου με τον οποίο λειτουργεί η ανθρώπινη ψυχολογία και τον τρόπο με τον οποίο επιδρούν σε αυτή τα διάφορα ερεθίσματα. Με τον τρόπο αυτό τα αποτελέσματα των μέχρι τώρα ερευνών απέδειξαν πως η συγχωρετικότητα σχετίζεται με την ηλικία, την προσωπικότητα των ατόμων αλλά και με κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες.

Αρχικά θα πρέπει να αναφερθεί πως η αιτία της αδικίας και η φύση αυτής είναι παράγοντες που επηρεάζουν τη συγχωρετικότητα του ατόμου, κι αυτό διότι όταν ένα γεγονός επηρεάζει με αρνητικό τρόπο τη ζωή μας και οι συνέπειες είναι σοβαρές, τότε το γεγονός και η πράξη της αδικίας είναι δύσκολο να συγχωρεθεί. Ακόμη, η συγχωρετικότητα του ατόμου σχετίζεται και με την πρόθεση του δράστη. Με τον τρόπο αυτό φαίνεται πως υπάρχει δόλος. Δηλαδή, οι ενέργειες οι οποίες γίνονται με δόλο, είναι πιο δύσκολο να συγχωρεθούν.

Η συγχωρετικότητα επίσης επηρεάζεται σημαντικά από τα συναισθήματα που νιώθουμε για το άτομο που μας πλήγωσε και από την άποψή μας για αυτό. Αυτός ο οποίος έχει μεγαλύτερη διάθεση να ζητήσει συγγνώμη, είναι και πιο εύκολο να συγχωρεθεί (Καλαμίδα, 2019; Weiner et al., 1991). Το άτομο αυτό είναι πιο πιθανό να

γίνε πιο συμπαθή και αλλάζει ταυτόχρονα και η πιθανή αρνητική του εικόνα. Όταν ο παραβάτης ζητάει συγγνώμη, είναι μία μορφή μεταμέλειας και ταυτίζεται με την έναρξη της διαδικασίας συγχώρεσής του από το θύμα του (McNulty & Russell, 2016).

Ευρήματα μελετών που έχουν πραγματοποιηθεί στο παρελθόν σχετικές με αυτό το θέμα, δείχνουν ότι η συγχωρετικότητα επηρεάζεται και από την ηλικία των ατόμων. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την έρευνα των Krause και Ingersoll-Dayton, τα επίπεδα ανεκτικότητας των ατόμων είναι ανάλογα της ηλικίας τους, δηλαδή οι μεγαλύτεροι ηλικιακά άνθρωποι τείνουν να συγχωρούν πιο εύκολα από τους νεότερους. Προκειμένου να μειώσουν τη δημιουργία αρνητικών συναισθημάτων, οι άνθρωποι προσπαθούν να είναι πιο ανεκτικοί (Dezutter, Toussaint, & Leijssen, 2016).

Ακόμα μία σχετική μελέτη είναι αυτή που έγινε στη Γαλλία, δείγμα της οποίας ήταν 236 άτομα τα οποία είχαν ηλικία από 15 έως και 69 ετών. Και σε αυτή την έρευνα φαίνεται η ηλικία να έχει μεγάλο ρόλο στην ανεκτικότητα των ερωτηθέντων, με τους ενήλικους να έχουν χαμηλά ποσοστά, ακολουθούν οι ενήλικες, και τελικά τα μεγαλύτερα ποσοστά ανεκτικότητας καταγράφονται επίσης στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Πιο αναλυτικά, τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας είχαν την τάση να συγχωρούν ευκολότερα κάποια παραβατική συμπεριφορά (Mullet, Riviere, & MuñuzSastre, 2007). Δηλαδή, όσο οι άνθρωποι μεγαλώνουν, αρχίζουν να καταλαβαίνουν πως ο χρόνος τους να αντικαταστήσουν τη δημιουργία αρνητικών συναισθημάτων με θετικά, είναι περιορισμένος (Dezutter, Toussaint, & Leijssen, 2016).

Ωστόσο τα αποτελέσματα της έρευνας των Cheng και Yim (2008) δείχνουν πως το στάδιο της συγχώρεσης στο οποίο βρίσκεται κάποιος είναι ανάλογο της αιτίας της συγχώρεσης (Cheng & Yim, 2008). Τα πρώτα στάδια είναι αυτά της εκδικητικής συγχώρεσης και της αποκατάστασης, όπου το θύμα επιθυμεί πρώτα να πάρει εκδίκηση

και έπειτα να προσχωρήσει στη συγχώρεση. Στο μεσαίο στάδιο ανήκει η προσδοκώμενη ή νόμιμα προσδοκώμενη συγχώρεση, όπου οι λόγοι που οδηγούν σε αυτή είναι κυρίως θρησκευτικοί, κοινωνικοί ή ηθικοί. Τα μεγαλύτερα στάδια είναι αυτά της συγχώρεσης ως κοινωνική αρμονία ή αγάπη. Εδώ το θύμα θεωρεί πως η συγχώρεση είναι ουσιαστικά μία πράξη αγάπης και κοινωνικής ισορροπίας προς τον θύτη (Cheng & Yim, 2008).

2.3 Ο αντίκτυπος της συγχωρετικότητας στην υγεία

Ένα στοιχείο στο οποίο η συγχωρετικότητα έχει μεγάλο αντίκτυπο είναι η υγεία των ατόμων. Τα άτομα τα οποία δεν είναι ανεκτικά προς τους άλλους και δε συγχωρούν εύκολα, αναπτύσσουν σε μεγάλο βαθμό αρνητικά συναισθήματα όπως δυσαρέσκεια, οργή, μελαγχολία και θλίψη. Τα συναισθήματα αυτά τους ακολουθούν καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους και είναι πιθανό να τους προκαλέσουν προβλήματα υγείας όπως καρδιαγγειακά προβλήματα, διαταραχή του ανοσοποιητικού συστήματος, καθώς επίσης και κατάθλιψη (Swickert, Robertson, & Baird, 2016; Taussaint et al., 2001).

Ωστόσο, τα άτομα τα οποία αντίθετα είναι αρκετά ανεκτικά και συγχωρούν πιο εύκολα, κατακλύζονται από συναισθήματα ελευθερίας και γαλήνης. Τα αποτελέσματα πολλών σχετικών ερευνών συμφωνούν στο ότι τα άτομα αυτά έχουν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίζουν άγχος και άλλα συμπτώματα κατάθλιψης και επίσης δεν έχουν βλαπτικές συνήθειες, όπως το κάπνισμα και το αλκοόλ (Coyle & Enright, 1997; Baskin, & Enright, 2004).

Σύμφωνα με τον Thoresen (2000), ο οποίος μελέτησε τη συγχωρετικότητα, τα οφέλη αυτής στην υγεία των ατόμων είναι πολλά. Πιο αναλυτικά, θεωρεί πως τα αυξημένα επίπεδα συγχωρετικότητας μειώνουν δυσάρεστα συναισθήματα όπως είναι οι αρνητικές σκέψεις, η απαισιοδοξία, ο θυμός, η εχθρότητα, η αίσθηση μετατόπισης

ευθύνης, καθώς επίσης και την υπερδιέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, ενώ ταυτόχρονα αυξάνουν την υπερβατική συνείδηση και την κοινωνική και συναισθηματική υποστήριξη (Thoresen, Harris & Luskin, 2000).

Ωστόσο, τα αποτελέσματα που προκαλούνται από την ανεξέλεγκτη αυτοσυγχώρεση είναι εντελώς αντίθετα. Συγκεκριμένα, τα άτομα αυτά είναι πιο επιρρεπή στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, εξαιτίας των τύψεων που νιώθει όταν μεταθέτει τις ευθύνες του κάπου αλλού. Δηλαδή, θεωρεί πως την ευθύνη της κατάστασης στην οποία βρίσκεται την έχουν άλλοι, οπότε συγχωρεί τον εαυτό του και έτσι εμποδίζεται η έναρξη της διαδικασίας απεξάρτησής του. Φαίνεται λοιπόν πως η αυτοσυγχώρεση δεν επιδρά με θετικό τρόπο στους ανθρώπους αυτούς, ειδικά συγκριτικά με τη συγχώρεση (Davis et al., 2015).

Τα ευρήματα κλινικών μελετών που έχουν πραγματοποιηθεί, δείχνουν πως τα άτομα τα οποία δυσκολεύονται να συγχωρήσουν αυτούς που θεωρούν ότι τους έχουν βλάψει, βιώνουν και έναν χρόνιο πόνο (Carson et al., 2005). Σύμφωνα με τα αποτελέσματά τους, η αυξημένη ανεκτικότητα των ανθρώπων έχει θεραπευτικό ρόλο στην ψυχική και την σωματική υγεία, ενώ επίσης βοηθά στη θεραπεία των ατόμων που έχουν κάποια χρόνια ασθένεια.

2.4 Ο ρόλος της συγχωρετικότητας στους ηλικιωμένους

Η συγχώρεση υπάρχει και αναπτύσσεται καθ' όλη την διάρκεια της ζωής ενός ατόμου. Τόσο σε θεωρητικό όσο και σε ερευνητικό επίπεδο επικρατεί η άποψη ότι στα άτομα της τρίτης ηλικίας επικρατεί σε μεγαλύτερο βαθμό η έννοια της συγχώρεσης σε σχέση με τους μεσήλικες ή τους νέους ενήλικες. Η μελέτη της σχέσης της τρίτης ηλικίας και της συγχωρετικότητας δίνει έμφαση στις αλλαγές που παρουσιάζουν τα άτομα κατά την ένταξη τους στην ύστερη ενήλικη ζωή. Οι Thomas και Cohen (2006) αναφέρουν πως τα άτομα όσο μεγαλώνουν έχουν την τάση να στρέφονται προς την θρησκεία μέσω της εκτέλεσης περισσότερων θρησκευτικών πράξεων, της επίσκεψης σε θρησκευτικούς χώρους και της μελέτης του λόγου του Θεού σε μεγαλύτερο βαθμό συγκριτικά με τα προηγούμενα χρόνια της ζωής τους. Οι ηλικιωμένοι στην προσπάθεια τους να υπακούσουν το λόγο του Θεού εμπλέκονται σε περισσότερες διαδικασίες συγχώρεσης (Lee, 2011).

Τα άτομα που διανύουν την τρίτη ηλικία έχουν έρθει αντιμέτωποι με περισσότερα προβλήματα και δύσκολες καταστάσεις σε σχέση με άτομα νεότερης ηλικίας με αποτέλεσμα να έχουν αναπτύξει ένα είδος «σοφίας». Τα άτομα της τρίτης ηλικίας έχουν την τάση να αντιδρούν παθητικά στα προβλήματα και να τα αποφεύγουν σε σύγκριση με τους νεότερους που κατακλύζονται από έντονα συναισθήματα. Η αναπτυξιακή αυτή φάση της τρίτης ηλικίας είναι πιο εύκολο και πιο φυσιολογικό να οδηγήσει σε στρατηγικές διαπραγμάτευσης και συμφιλίωσης όπως είναι η συγχωρετικότητα (Καλαμίδα, 2019).

Όσο αφορά τη σχέση που υπάρχει μεταξύ της συγχωρετικότητας και της τρίτης ηλικίας έχει αναπτυχθεί ένα θεωρητικό πλαίσιο που βασίζεται σε ένα μεγάλο βαθμό σε διαδεδομένες ψυχολογικές θεωρίες. Μία από αυτές τις θεωρίες είναι εκείνη του Erik Erickson σύμφωνα με την οποία οι άνθρωποι περνούν από οκτώ ψυχοκοινωνικά στάδια

το τελευταίο από το οποίο αφορά την ύστερη ενήλικη ζωή και ονομάζεται ακεραιότητα του εγώ ή απελπισία. Κατά τη διάρκεια του σταδίου αυτού τα άτομα που είναι ικανοποιημένα από τη ζωή τους νιώθουν ευχαριστημένα με τον εαυτό τους και την πορεία της ζωής τους φτάνοντας στην ακεραιότητα. Τα άτομα αυτά είναι σε θέση να συγχωρήσουν αφού έχουν αποδεχτεί τον εαυτό τους και τους άλλους. Ωστόσο υπάρχουν και άτομα τα οποία δεν καταφέρνουν να νιώσουν ικανοποίηση με αποτέλεσμα να απελπίζονται. Μια άλλη θεωρία είναι του Butler (1963) η οποία υποστηρίζει ότι στην προσπάθεια τους να συμβιβαστούν με τον επικείμενο θάνατο τα άτομα της τρίτης ηλικίας οδηγούνται στη σκόπιμη επανεξέταση των εμπειριών της ζωής τους και στην επίλυση συγκρούσεων που αφορούν το παρελθόν. Οι διαδικασίες αυτές έχουν ως βάση τη συγχώρεση (Καλαμίδα, 2019).

Η συγχωρετικότητα σχετίζεται με την ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τη ζωή τους και τη γενική τους ευημερία. Οι θετικές επιδράσεις της συγχωρετικότητας στην υγεία των ηλικιωμένων έχουν φυσιολογικό υπόβαθρο. Το αίσθημα της συγχώρεσης λειτουργεί κατασταλτικά στο στρες που βιώνουν τα άτομα εξαιτίας των αρνητικών συναισθημάτων που βιώνουν. Η καταστολή αυτή εκδηλώνεται μέσω της μείωσης του ρυθμού της καρδιάς και της πίεσης του αίματος με αποτέλεσμα το άτομο να ηρεμεί και να προστατεύεται η εκδήλωση καρδιαγγειακών παθήσεων.

Οι θετικές επιδράσεις της συγχωρετικότητας στην υγεία των ηλικιωμένων ατόμων παρουσιάζονται σε αρκετές έρευνες. Συγκεκριμένα στην έρευνα της Lawer-Row (2010), στην οποία συμμετείχαν 253 ενήλικες άνω των 60 ετών τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συγχωρετικότητα σχετίζεται θετικά με την υγεία των ατόμων. Αυτό σημαίνει ότι οι ηλικιωμένοι που έχουν την τάση να συγχωρούν πιο εύκολα σχετίζονται με υψηλότερη ποιότητα υγείας και λιγότερα προβλήματα σε σύγκριση με εκείνους που δε συγχωρούν με την ίδια ευκολία (Lawler-Row, 2010).

2.5 Η επίδραση της συγχωρετικότητας στην ψυχοπαθολογία των ηλικιωμένων

Η συγχωρετικότητα αποτελεί ένα στοιχείο το οποίο έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ευημερία των ατόμων. Δηλαδή η σχέση που παρατηρείται ανάμεσα στη συγχωρετικότητα και της υγείας, είναι θετική. Συνήθως αποτελεί έναν θεραπευτικό στόχο για τα άτομα εκείνα που αντιμετωπίζουν σωματικά ή άλλα προβλήματα, έτσι ώστε να ενισχυθεί η ψυχική τους υγεία (Lawler et al., 2005). Δηλαδή έχει θετική επίδραση στην ψυχική υγεία και την προστατεύει.

Στα άτομα τρίτης ηλικίας η ανεκτικότητα συνδέεται με την υγεία τους σε ψυχικά και σωματικά επίπεδα (Taussaint et al., 2001). Πλήθος ερευνών σε παγκόσμιο επίπεδο έχουν ασχοληθεί με τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στη συγχωρετικότητα και την υγεία των ηλικιωμένων, τα αποτελέσματα των οποίων συμφωνούν πως οι δύο αυτές μεταβλητές συνδέονται και συγκεκριμένα η συγχωρετικότητα έχει θετικό ρόλο στην υγεία τους (Rasmussen et al., 2019).

Μια από τις έρευνες αυτές είναι, είναι η έρευνα που πραγματοποίησαν οι Dezutter et al. (2016) στο Βέλγιο. Οι στόχοι της έρευνας ήταν δύο και συγκεκριμένα, ο πρώτος στόχος ήταν η ανάλυση της σχέσης που υπάρχει ανάμεσα στη συγχωρετικότητα και την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων, και ο δεύτερος η διερεύνηση της επίδρασης των δύο αυτών στοιχείων. Δείγμα της έρευνας αποτελούσαν συνολικά 485 ηλικιωμένοι, εκ των οποίων οι 280 ήταν από την κοινότητα και οι υπόλοιποι 205 από οίκους ευγηρίας. Από τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής φαίνεται πως τα επίπεδα συγχωρετικότητας είναι αντιστρόφως ανάλογα από τα επίπεδα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και άρα η συγχωρετικότητα προστατεύει το άτομο από την ανάπτυξη τέτοιων συμπτωμάτων.

Ακόμα μία σχετική έρευνα είναι αυτή που πραγματοποίησαν οι Ermer και Proulx (2016), η οποία είχε επίσης δύο στόχους. Πρώτος της στόχος ήταν η διερεύνηση της σχέσης που αναπτύσσεται ανάμεσα στη μη συγχώρεση και την υγεία των ατόμων, ειδικότερα τα συμπτώματα κατάθλιψης (Ermer, & Proulx, 2016). Δεύτερος στόχος της ήταν η ανάλυση της επίδρασης που έχει η συγχώρεση και η αυτοσυγχώρεση στη σχέση αυτή. Το δείγμα της συγκεκριμένης έρευνας αποτελούνταν από 1009 άτομα της τρίτης ηλικίας και σύμφωνα με τα αποτελέσματά της, η συγχώρεση των άλλων και του εαυτού τους προστατεύει την ψυχική τους υγεία, κυρίως στην περίπτωση των γυναικών, και μειώνει την ανάπτυξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Οι Abid και Hussain (2015) πραγματοποίησαν ακόμα μία έρευνα σχετικές με την συγχωρετικότητα, η οποία στόχευε στην ανάδειξη των θετικών της στοιχείων για την υγεία των ατόμων τρίτης ηλικίας. Δείγμα της συγκεκριμένης έρευνας αποτέλεσαν ηλικιωμένες γυναίκες που ζουν στην Ινδία. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι γυναίκες που έτειναν να συγχωρούν τους άλλους πιο εύκολα, έδειχναν να έχουν υψηλά επίπεδα ψυχικής ευημερίας και χαμηλά ψυχικής επιβάρυνσης (Abid, & Hussain, 2015).

Ακόμα μία έρευνα που διερευνά την ψυχική υγεία των ηλικιωμένων σε σχέση με την συγχωρετικότητα διεκπεραίωσαν οι Curtin et al. (2019), δείγμα της οποίας αποτέλεσαν ηλικιωμένα άτομα που κατοικούν στην Ισπανία. Οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να απαντήσουν ερωτήσεις σε συνέντευξη σχετικά με τον τρόπο που διαχειρίζονται συναισθήματα άγχους και κατάθλιψης, καθώς επίσης και την ψυχική επιβάρυνση που βιώνουν. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των απαντήσεών τους δείχνουν πως οι πιο συνηθισμένες πρακτικές που χρησιμοποιούν για να ηρεμήσουν και να αυξήσουν την ψυχική τους ευημερία είναι οι θρησκευτικές, όπως για παράδειγμα η

συγχώρεση των άλλων ατόμων. Φαίνεται τελικά η επιρροή που έχει η συγχωρετικότητα στην αντιμετώπιση της ψυχοπαθολογίας τους.

Οι Kent et al. (2017) πραγματοποίησαν μία έρευνα η οποία εξετάζει τη σχέση που έχουν η θρησκευτική συγχωρετικότητα και ο δεσμός των ανθρώπων με τον Θεό με την ψυχική τους ευημερία. Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν ηλικιωμένα άτομα που κατοικούν στις ΗΠΑ. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν, φαίνεται ότι το αίσθημα συγχώρεσης από τον Θεό οδηγεί στη δημιουργία μεγάλου πλήθους αλλαγών στην ψυχική ευημερία των ηλικιωμένων. Δηλαδή η πίστη που έχουν οι ηλικιωμένοι προς τον Θεό σε συνδυασμό με την ανάπτυξη της συγχωρετικότητας στο πλαίσιο των θρησκευτικών πεποιθήσεων επιδρά θετικά στη βελτίωση της ψυχικής τους ευημερίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Ποιότητα ζωής ηλικιωμένων

3.1 Η φροντίδα των ηλικιωμένων

Η φροντίδα ως έννοια εμφανίστηκε το 1950 και συμβάλει στην ευημερία ειδικά σε σχέση με την υγεία και την ασθένεια. Η φροντίδα είναι μια πολυδιάστατη έννοια όπως μπορεί να διαπιστώσει κανείς από την βιβλιογραφία, η οποία μπορεί να είναι πνευματική, θρησκευτική και υπαρξιακή. Η πνευματική φροντίδα μέσω της θεραπευτικής σχέσης παρέχει στον άνθρωπο μια ευκαιρία για επούλωση και αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να βρει διαπροσωπική επικοινωνία και παρηγοριά. Η πνευματική φροντίδα συμβάλει στην μείωση του φόβου και του πόνου καθώς και στη δημιουργία ελπίδας, μέσω της συμπόνιας και της αισιοδοξίας. Η ελπίδα παίζει σημαντικό ρόλο στο να αντιμετωπίσει το άτομο την απελπισία και να ανακαλύψει νέα κίνητρα νοήματος ζωής. Η στάση του ατόμου προς την φροντίδα διαφοροποιείται ανάλογα με το περιβάλλον που έχει μεγαλώσει και κυρίως από τις θρησκευτικές, κοινωνικές και πολιτιστικές συνθήκες που επικρατούν σε αυτό (Κοτρώτσιου και συν., 2008). Η φροντίδα είναι μια παγκόσμια γνωστή και αποδεκτή έννοια η οποία συνδέεται με την κουλτούρα και τις δομές της κοινωνίας και η έκφραση της προσαρμόζεται με τον πολιτισμό στον οποίο εκφράζεται. Η παροχή φροντίδας στους ηλικιωμένους βασίζεται σε ανεπίσημες συνθήκες εντός της οικογένειας του παραλήπτη της φροντίδας.

Τόσο στα ευρωπαϊκά κράτη όσο και σε άλλα ανεπτυγμένα κράτη πρόνοιας, οι κοινωνίες που γερνούν παρουσιάζονται ως προκλήσεις για τις εθνικές ρυθμίσεις κοινωνικής πολιτικής, δίνοντας βάση κυρίως στην παροχή βοήθειας στα άτομα της τρίτης ηλικίας. Η φροντίδα των ηλικιωμένων στην Αυστρία όπως και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες αντανακλά τις ιδιαιτερότητες της κοινωνικής πρόνοιας και συνδέεται με τα οικογενειακά ιδεώδη (Strell & Duncan, 2001). Η φροντίδα στα ηλικιωμένα άτομα

παρέχεται μέσω των δικτύων φροντίδας ηλικιωμένων, τα οποία διακρίνονται σε επίσημα και ανεπίσημα δίκτυα φροντίδας. Στα επίσημα δίκτυα φροντίδας ανήκουν φορείς που εντάσσονται στο Δημόσιο τομέα, στον εθελοντικό μη κερδοσκοπικό και στον ιδιωτικό κερδοσκοπικό ενώ στα ανεπίσημα δίκτυα φροντίδας περιλαμβάνεται κυρίως η φροντίδα της οικογένειας του παραλήπτη. Οι Strell και Duncan (2001) δίνουν έμφαση στον ρόλο της οικογενειακής πολιτικής της Αυστρίας, σύμφωνα με τον οποίο το αυστριακό μοντέλο πρόνοιας παρουσιάζεται ως μοντέλο ανδρικής οικογένειας. Το μοντέλο ανδρικής οικογένειας στηρίζεται στο ιδανικό της «σωστής οικογένειας» (Hammer, & Österle, 2003).

Στο πλαίσιο της μακροχρόνιας περίθαλψης, στην Αυστρία το 80% από τα άτομα που χρειάζονται φροντίδα, φροντίζονται στο σπίτι από συγγενείς και μόλις το 4-5% των ατόμων άνω των 65 ετών βρίσκονται σε κλινικό περιβάλλον (Österle, & Hammer, 2004). Η φροντίδα κατ' οικον διευκολύνθηκε αρκετά ύστερα από την απασχόληση περίπου 40.000 μεταναστών φροντιστών οι οποίοι εργάζονταν αλλά και ζούσαν στο ίδιο σπίτι με το άτομο που φρόντιζαν (Weicht, 2010). Σύμφωνα με το οικογενειακό ιδεώδες η φροντίδα των ηλικιωμένων περιλαμβάνει μια συγκεκριμένη δομή του θέματος για το οποίο σχεδιάζονται πολιτικές και ρυθμίσεις. Οι ηλικιωμένοι παρουσιάζονται ως άτομα που συνδέονται με ιδιαίτερες ανάγκες στους οποίους πρέπει να διασφαλίζεται η φροντίδα.

Η παροχή φροντίδας συχνά περιλαμβάνει εργασίες οι οποίες μπορεί να μην είναι ευχάριστες αλλά ψυχολογικά στρεσογόνες και σωματικά εξαντλητικές. Στην παροχή φροντίδας συμπεριλαμβάνονται επίσης η επένδυση χρόνου, χρημάτων και ενέργειας για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Αυτοί που παρουσιάζουν τις συχνότερες ανάγκες φροντίδας είναι οι υπερήλικες προβληματίζοντας τόσο το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον των ατόμων αυτών, όσο και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Η ομαλή

εξέλιξη της γήρανσης και η αντιμετώπιση των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, όταν αυτά πρωτοεμφανίζονται συμβάλλουν σε ένα βαθμό στην λύση του προβλήματος.

3.2 Κοινωνική μοναξιά ηλικιωμένων

Οι άνθρωποι έχουν από την φύση τους ανάγκη την κοινωνική επαφή και την συναναστροφή με άλλους ανθρώπους. Σύμφωνα με τους Baumeister και Leary (1995) η κοινωνική μοναξιά επηρεάζει και καθορίζει τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τις κοινωνικές σχέσεις των ηλικιωμένων (Baumeister & Leary, 1995). Σε έρευνα των Depp και Jeste (2006) διαπιστώθηκε πως οι κοινωνικές επαφές των ηλικιωμένων και η κατάσταση της σωματικής τους υγείας συμβάλουν στο να χαρακτηριστεί επιτυχής η διαδικασία της γήρανσης (Depp & Jeste, 2006). Έχει αποδειχθεί πως στα ηλικιωμένα άτομα τα οποία βιώνουν την κοινωνική απομόνωση τα ποσοστά θνησιμότητας είναι πολύ πιο υψηλά, γεγονός που καθιστά τις κοινωνικές σχέσεις εξαιρετικά σημαντικές για την συνολική τους υγεία. Μέσω της κοινωνικής υποστήριξης βελτιώνονται και ενισχύονται οι κοινωνικές σχέσεις των ηλικιωμένων ατόμων, οι οποίες στοχεύουν στην αποφυγή πρόκλησης προβλημάτων υγείας όπως η κατάθλιψη και διάφορα σωματικά προβλήματα τα οποία προκαλούνται εξαιτίας της ταραγμένης ψυχικής υγείας του ηλικιωμένου ατόμου (Uchino, 2006). Δεδομένου ότι η μοναξιά είναι υποκειμενική η αξία των κοινωνικών σχέσεων είναι διαφορετική για κάθε άτομο, ενώ όσο αφορά την ποιότητα και την ποσότητα των κοινωνικών σχέσεων που θα ήθελε ο κάθε ηλικιωμένος να έχει, αυτές εξαρτώνται από τις προσωπικές ανάγκες του ατόμου για κοινωνική συναναστροφή καθώς και από την προσωπικότητα του (Blazer, 2002).

Η κοινωνική μοναξιά παρόλο που έχει αποδειχθεί ότι συνδέεται με αρνητικές συνέπειες στην ζωή των ανθρώπων δεν έχει διερευνηθεί όσο θα έπρεπε (O’Luanaigh & Lawlor, 2008). Η κοινωνική μοναξιά συνδέεται τόσο με την αύξηση της θνησιμότητας και την εκδήλωση έντονων συμπτωμάτων της κατάθλιψης, όσο και με

περιπτώσεις αυτοκτονίας (Cacioppo et al., 2006). Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία η κοινωνική μοναξιά οδηγεί σε πολλές περιπτώσεις σε αύξηση των κοινωνικά απομονωμένων ατόμων λόγω της σύνδεσης της με περιπτώσεις απελπισίας και κοινωνικής απομόνωσης, οι οποίες οφείλονται στην αυξημένη καταθλιπτική διάθεση των ατόμων (Stek et al., 2005).

Σημαντικό ρόλο κατέχει επίσης το είδος, η ποιότητα και η ποσότητα των κοινωνικών επαφών καθώς και η μεταξύ τους αλληλεπίδραση (Drageset, 2004). Αναμένεται θετικό αντίκτυπο στην ποιότητα των κοινωνικών επαφών να έχει η ποσότητα αυτών. Η ποιότητα των κοινωνικών επαφών αξιολογείται διαφορετικά από το κάθε άτομο ανάλογα με τις προσωπικές του προσλαμβάνουσες.

Η συναισθηματική μοναξιά ορίζεται ως το αποτέλεσμα της έλλειψης κάποιου οικείου προσώπου με το οποίο υπάρχει σχέση εμπιστοσύνης, ενώ παράλληλα παρουσιάζεται ως αποτέλεσμα ελλείψεων στον κοινωνικό κύκλο επαφών του ανθρώπου (Weiss, 1973). Η περεταίρω διερεύνηση του τρόπου εκδήλωσης της μοναξιάς όσο μεγαλώνει ο άνθρωπος οφείλεται στην διάκριση των τύπων της μοναξιάς, της κοινωνικής και της συναισθηματικής μοναξιάς. Τόσο οι αιτίες πρόκλησης της μοναξιάς όσο και ο τρόπος αντιμετώπισης της, ο οποίος στοχεύει στην διερεύνηση του κοινωνικού δικτύου του ατόμου, διαφέρει ανάλογα με τον τύπο της κάθε μοναξιάς. Η μοναξιά σε γενικές γραμμές παρουσιάζεται ως ένα αρνητικό συναίσθημα, το οποίο βιώνει το άτομο και συνδέεται άμεσα με την ποιότητα των κοινωνικών του σχέσεων (Perlman, 2004). Αρκετοί είναι οι ερευνητές που πιστεύουν πως η κοινωνική απομόνωση και η μοναξιά συνδέονται παρόλο που οι δύο αυτές έννοιες δεν σχετίζονται (Dykstra, & Fokkema, 2007).

Κάθε άνθρωπος ανεξαρτήτου προσωπικότητας και χαρακτήρα μπορεί να βιώσει το αίσθημα της μοναξιάς σε συγκεκριμένες περιπτώσεις σύμφωνα με την θεωρία του Weiss, ωστόσο η αποφυγή εκδήλωσης του συναισθήματος της μοναξιάς μπορεί να περιοριστεί με την διατήρηση των κοινωνικών επαφών. Για να δοθεί πλήρης ορισμός της μοναξιάς λαμβάνονται υπόψιν οι προσδοκίες των ανθρώπων όσον αφορά τις κοινωνικές τους σχέσεις. Επομένως για να συμπεράνουμε εάν ένα άτομο βιώνει το αίσθημα της μοναξιάς συγκρίνουμε τις πραγματικές του σχέσεις που έχει με αυτές που θα επιθυμούσε να έχει και όταν αυτές δεν ταιριάζουν το άτομο βιώνει το αίσθημα της μοναξιάς (Perlman, & Peplau, 1981 ; Dykstra, & Fokkema, 2007). Όλοι οι άνθρωποι χρειάζονται την διατήρηση ενός βασικού επιπέδου κοινωνικών επαφών, ανεξάρτητα από το αν έχει τις επιθυμητές σχέσεις ή όχι, για να μην είναι τόσο έντονο το συναίσθημα της κοινωνικής μοναξιάς (Johnson and Mullins, 1987).

3.3 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ηλικιωμένων

Το 1978 στην Alma -ATA, στο Καζακστάν πραγματοποιήθηκε ένα διεθνές συνέδριο από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας σε συνεργασία με την Unicef , το οποίο στόχευε στην εφαρμογή ενός πλάνου που θα εξασφάλιζε «υγεία για όλους το 2000». Σύμφωνα με την διακήρυξη της Alma -ATA, η παροχή Πρωτοβάθμιας φροντίδας θα πρέπει να έχει ως βάση επιστημονικά κατοχυρωμένες πρακτικές, στις οποίες θα πρέπει η οικογένεια του ασθενούς να έχει πρόσβαση καθώς και για το κόστος να υπάρχει δυνατότητα κάλυψης. Στα πλαίσια της διακήρυξης αυτής τέθηκαν στόχοι οι οποίοι σχετίζονται με την διατήρηση και ανάπτυξη του επιπέδου υγείας. Οι στόχοι αυτοί μπορούν να επιτευχθούν μέσω της πρόληψης. Η πρόληψη σοβαρών νοσημάτων μπορεί να επιτευχθεί μέσω της παροχής υπηρεσιών από το σύστημα υγείας, οι οποίες θα είναι προσβάσιμες σε όλους, ανεξαρτήτως εθνικότητας, ηλικίας ή οικονομικής

κατάστασης. Η συνεργασία των επιμέρους φορέων του κράτους κρίνεται απαραίτητη ώστε να επιτευχθεί η πρόληψη εκδήλωσης σοβαρών ασθενειών.

Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Ελλάδα γίνεται κυρίως μέσα από τα Κέντρα Υγείας και της παροχής κατ' οίκον φροντίδας. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας θεσπίστηκε με το Νόμο 1397/1983 σύμφωνα με το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Σύμφωνα με τον νόμο αυτό καλύτερης ποιότητας υπηρεσίες υγείας μπορεί να δοθούν σε κάθε πολίτη. Στόχος του νόμου αυτού είναι η βελτίωση του επιπέδου, η παροχή δωρεάν υπηρεσιών υγείας και η διασφάλιση της υγείας. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα έχει αναπτύξει έντονα νοσοκομειακό χαρακτήρα με σκοπό τη διαχείριση των ασθενειών. Η συγκέντρωση μεγάλου αριθμού ασθενειών σε εξωτερικά ιατρεία μας οδηγεί στο συμπέρασμα πως δεν υπάρχει χαρακτήρας μέριμνας και πρόληψης στη χώρα ως απόρροια της έλλειψης ενός συστήματος εξωνοσοκομειακής περίθαλψης των ασθενών.

Τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα εφαρμόζεται το σύστημα που τις τελευταίες δεκαετίες βρίσκεται σε ισχύει στο εξωτερικό, το οποίο εστιάζει στη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών, οι οποίες σχετίζονται με την πρόληψη. Τα συνολικά έξοδα περίθαλψης καλύπτουν το 55% των συνολικών δαπανών, ωστόσο η ενίσχυση της προληπτικής ιατρικής, μπορεί να μειώσει τα έξοδα του συστήματος υγείας. Ιδρύθηκαν ειδικοί χώροι με σκοπό την παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στους ηλικιωμένους, όπως τα ΚΑΠΗ και τα γηροκομεία. Επιπλέον η λειτουργία των κέντρων ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων, τα κέντρα αποκατάστασης και η εφαρμογή του προγράμματος βοήθεια στο σπίτι συμβάλλουν σημαντικά στην ανάπτυξη του συστήματος πρόληψης.

Δεδομένου ότι οι ηλικιωμένοι λόγω του ότι είναι πιο ευάλωτοι απέναντι σε διάφορες ασθένειες χρειάζονται σε μεγαλύτερη συχνότητα την παροχή υψηλού επιπέδου Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, για αυτό και στρέφονται πιο συχνά στις δομές Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας με σκοπό να ολοκληρωθεί η διάγνωση της ασθένειας που τους ταλαιπωρεί. Παρόλα αυτά η διάγνωση μιας ασθένειας συχνά γίνεται με δυσκολία από το ιατρικό προσωπικό λόγω του μεγάλου αριθμού συμπτωμάτων και άλλων ασθενειών. Για τον λόγο αυτό είναι εξαιρετικά σημαντικό η λήψη του ατομικού ιστορικού κάθε ηλικιωμένου από τα άτομα που είναι υπεύθυνα για την φροντίδα του ηλικιωμένου, διότι ο ηλικιωμένος είναι πιθανό να μπερδέψει τις ασθένειες ή τη φαρμακευτική αντιμετώπιση που ακολούθησε στο παρελθόν (Beers, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα

Στόχος της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η ανάλυση των συναισθημάτων που νιώθουν οι άνθρωποι όσο μεγαλώνουν, καθώς επίσης και η σύνδεσή τους με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, τη συγχωρετικότητα και την αγάπη των ηλικιωμένων προς τους άλλους ανθρώπους γύρω τους. Τα ερευνητικά ερωτήματα που καλούνται να απαντηθούν είναι τα παρακάτω:

- Πώς συνδέεται η συγχωρετικότητα των ηλικιωμένων με καλυτέρευση της ψυχικής τους υγείας;
- Η επίσκεψη σε ψυχολόγο διαφοροποιεί την κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων;
- Η οικογενειακή τους κατάσταση και τα άτομα με τα οποία μένουν έχουν κάποιο ρόλο στα αισθήματα που αναπτύσσουν;

4.2 Διαδικασία και δείγμα

Για την πραγματοποίηση της έρευνας αρχικά μοιράστηκαν ερωτηματολόγια συνολικά σε 101 ηλικιωμένους, εκ των οποίων η πλειοψηφία τους, και συγκεκριμένα το 58,40% αυτών, ήταν γυναίκες. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε διαζώσης και πριν τη συμπλήρωσή του οι ερωτηθέντες ενημερώθηκαν για τον σκοπό της έρευνας και για τον τρόπο με τον οποίο θα χρησιμοποιηθούν οι απαντήσεις που θα δώσουν. Επίσης, συμφώνησαν για την οικειοθελή τους συμμετοχή και ενημερώθηκαν για τη διατήρηση της ανωνυμίας τους.

4.3 Ερευνητικό εργαλείο

Για την πραγματοποίηση της έρευνας το ερευνητικό εργαλείο που αξιοποιήθηκε είναι το ερωτηματολόγιο. Το εργαλείο αυτό, ως μέθοδος συλλογής δεδομένων, χαρακτηρίζεται ως μία από τα πιο γρήγορες και αξιόπιστες μεθόδους, που είναι επίσης πολύ οικονομική για τον ερευνητή. Μοιράστηκε συνολικά σε 101 ηλικιωμένους οι οποίοι συμμετείχαν δια ζώσης, τηρώντας όλα τα απαραίτητα μέτρα προστασίας.

Το ερωτηματολόγιο αυτό χωρίζεται σε τέσσερα ευρύτερα μέρη. Το πρώτο μέρος αφορά τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, όπως είναι το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή και επαγγελματική τους κατάσταση και το εκπαιδευτικό τους επίπεδο. Μέσα από τις ερωτήσεις που ανήκουν σε αυτό το μέρος προσδιορίζεται το προφίλ του δείγματος. Στο δεύτερο μέρος οι ερωτώμενοι καλούνται να απαντήσουν σε 18 ερωτήσεις της 7-βαθμης κλίμακας HFS, οι οποίες αναφέρονται στον τρόπο με τον οποίο συνήθιζαν να αντιδρούν σε αρνητικές καταστάσεις. Οι ερωτήσεις οι οποίες αποτελούν το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου είναι της κλίμακας SF-36 και καταγράφουν τις απόψεις του δείγματος σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους. Το τέταρτο μέρος του ερωτηματολογίου απαρτίζεται συνολικά από 5 ερωτήσεις οι οποίες ανήκουν στην 7-βαθμη κλίμακα Santa Clara Brief Compassion Scale. Οι ερωτήσεις αυτές αναφέρονται στα συναισθήματα που νιώθουν οι συμμετέχοντες για άγνωστους ανθρώπους.

4.4 Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν από τις απαντήσεις των ερωτηματολογίων αναλύθηκαν με το στατιστικό πακέτο IBM SPSS Statistics v.21. Το πρόγραμμα αυτό θεωρείται ως ένα χρήσιμο και εύκολο εργαλείο ανάλυσης που παρέχει τη δυνατότητα εκτέλεσης ποικίλων στατιστικών ελέγχων. Οι απαντήσεις που δόθηκαν

στα ερωτηματολόγια αρχικά κωδικοποιήθηκαν με τον κατάλληλο τρόπο. Κατά την ανάλυσή τους πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική, έλεγχοι σύμφωνα με το t-test, καθώς επίσης και πολλαπλές συγκρίσεις, με βαθμό σημαντικότητας $\alpha=0.05$.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 Περιγραφική ανάλυση

Από τον παρακάτω πίνακα φαίνεται πως το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 101 συμμετέχοντες εκ των οποίων 59 (58,40%) είναι γυναίκες και 42 (41,60%) είναι άντρες. Σχετικά με το αν έχουν αδέρφια, 96 (95,00%) άτομα απάντησαν θετικά και οι υπόλοιποι 5 (5,00%) απάντησαν αρνητικά, ενώ σχετικά με το αν έχουν παιδιά, 97 (96,00%) άτομα απάντησαν θετικά και τα υπόλοιπα 4 (4,00%) αρνητικά.

Πίνακας 1 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας του φύλου, της ύπαρξης αδελφών και παιδιών του δείγματος

		N	%
2. Φύλο	Ανδρας	42	41,60%
	Γυναίκα	59	58,40%
Σύνολο		101	100,00%
3. Έχετε αδέρφια;	Ναι	96	95,00%
	Όχι	5	5,00%
Σύνολο		101	100,00%
4. Έχετε παιδιά;	Ναι	97	96,00%
	Όχι	4	4,00%
Σύνολο		101	100,00%

Από τον πίνακα 2 φαίνεται ότι σχετικά με την οικογενειακή τους κατάσταση, 82 (81,20%) άτομα είναι έγγαμοι/ες και 19 (18,80%) χήροι/ες, ενώ σχετικά με την επαγγελματική τους κατάσταση, 53 (52,50%) άτομα είναι συνταξιούχοι και μόνο 2 (2,00%) άνεργοι.

Πίνακας 2 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας της οικογενειακής κατάστασης και του επαγγέλματος του δείγματος

		N	%
6. Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/η	82	81,20%
	Χήρος/α	19	18,80%
Σύνολο		101	100,00%
Άνεργος		2	2,00%
Οικιακά		21	20,80%

9. Επαγγελματική κατάσταση	Αυτοαπασχολούμενος	10	9,90%
	Ιδιωτικός υπάλληλος	9	8,90%
	Δημόσιος υπάλληλος	6	5,90%
	Συνταξιούχος	53	52,50%
Σύνολο		101	100,00%

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 3, από το σύνολο των ερωτηθέντων 63 (62,40%) ζουν σε χωριό ή κωμόπολη και μόλις 2 (2,00%) σε πόλη με περισσότερους από 150.000 κατοίκους. Αναφορικά με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, 36 (35,70%) είναι απόφοιτοι δημοτικού και 3 (3,00%) είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού.

Πίνακας 3 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας διαμονής και του εκπαιδευτικού επιπέδου του δείγματος

			N	%
7. διαμονής	Τόπος	Χωριό/Κωμόπολη	63	62,40%
		Πόλη <150.000 κατοίκους	36	35,60%
		Πόλη >150.000 κατοίκους	2	2,00%
	Σύνολο		101	100,00%
8. Εκπαιδευτικό επίπεδο	Αναλφάβητος		9	8,90%
	Απόφοιτος δημοτικού		36	35,70%
	Απόφοιτος γυμνασίου		20	19,80%
	Απόφοιτος λυκείου		16	15,80%
	Απόφοιτος ΑΕΙ		17	16,80%
	Μεταπτυχιακά		3	3,00%
Σύνολο		101	100,00%	

Από τον πίνακα 4 φαίνεται ότι στην ερώτηση «Q1. Με ποιον μένετε;» 42 (41,60%) απάντησα με τον/την σύντροφό τους και 9 (8,90%) με τα παιδιά τους, ενώ στην ερώτηση «Q2. Κοιμάστε καλά;», 44 943,60%) άτομα απάντησαν θετικά και 20 (19,80) αρνητικά.

Πίνακας 4 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας διαμονής και ποιότητας ύπνου

		N	%
Μόνος/η		14	13,80%

Q1. Με ποιον μένετε;	Με τον/τη σύντροφο	42	41,60%
	Με τα παιδιά μου	9	8,90%
	Με τον/η σύζυγο και τα παιδιά μου	25	24,80%
	Με την οικογένειά μου	11	10,90%
Σύνολο		101	100,00%
Q2. Κοιμάστε καλά;	Ναι	44	43,60%
	Όχι	20	19,80%
	Μερικές φορές έχω αϋπνίες	37	36,60%
	Σύνολο	101	100,00%

Από τον παρακάτω πίνακα φαίνεται ότι στην ερώτηση «Q3. Βλέπετε όνειρα;» 67 (66,30%) άτομα απάντησαν μερικές φορές και 24 (23,80%) πολλά, ενώ στην ερώτηση «Q4. Τα όνειρά σας συνήθως είναι:» 49(48,50 άτομα απάντησαν πως δε τα θυμούνται και 10 (9,90%) πως βλέπουν εφιάλτες.

Πίνακας 5 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας ονείρων

		N	%
Q3. Βλέπετε όνειρα;	Πολλά	24	23,80%
	Μερικές φορές	67	66,30%
	Όχι, ποτέ δεν τα θυμάμαι	10	9,90%
	Σύνολο	101	100,00%
Q4. Τα όνειρά σας συνήθως είναι:	Ωραία	27	26,70%
	Άσχημα	15	14,90%
	Εφιάλτες	10	9,90%
	Δεν τα θυμάμαι	49	48,50%
	Σύνολο	101	100,00%

Τα ευρήματα του πίνακα 5 δείχνουν ότι 66 (65,30%) δεν πάσχουν από κάποια χρόνια σωματική νόσο και 35 (34,70%) πάσχουν, εκ των οποίων 5 (4,8%) πάσχουν από υπέρταση και από 1 (1,00%) πάσχει είτε από Α.Υ, είτε από Α.Υ. και μαρμαρυγή, είτε από άγχος, είτε από ΑΕΕ, είτε αρθρίτιδα και παχυσαρκία, είτε από αυτοάνοσο, είτε από διαβήτη και πίεση,, είτε από ημικρανία, είτε από θυροειδή και ΑΠ, είτε από

καρδιοπάθεια και Σ.Δ. II, είτε από κατάθλιψη, είτε από κολπική μαρμαρυγή, είτε από οστεοαρθρίτιδα είτε από οστεοπόρωση και υπέρταση, είτε από οστεοπόρωση, είτε από πίεση και διαβήτη, είτε από πίεση και ζάχαρο, είτε από πίεση και υπερλιπιδαιμία, είτε από ρευματική αρθρίτιδα, είτε από Σ.Δ., υπέρταση και θυροειδή, είτε από Σ.Ν., Α.Υ.Μ. και Α.Δ. II, είτε από στεφανιαία νόσο και Σ.Δ. II, είτε από υπέρταση και έλλειψη B12, είτε από υπέρταση και καρωτίδες, είτε από χοληστερίνη και υπέρταση.

Πίνακας 6 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας χρόνιας ασθένειας

			N	%
Q5. Πάσχετε από κάποια χρόνια σωματική νόσο;	Ναι		35	34,70%
	Όχι		66	65,30%
	Σύνολο		101	100,00%
Q6. Αν ναι, ποια;			65	64,20%
	A.Y.		1	1,00%
	A.Y., μαρμαρυγή		1	1,00%
	Άγχος		1	1,00%
	ΑΕΕ		1	1,00%
	Αρθρίτιδα, παχυσαρκία		1	1,00%
	Άσθμα		2	2,00%
	Αυτοάνοσο		1	1,00%
	Διαβήτη, πίεση		1	1,00%
	Ημικρανία		1	1,00%
	Θυροειδή, Α.Π.		1	1,00%
	Καρδιοπάθεια, Σ.Δ. 2		1	1,00%
	Κατάθλιψη		1	1,00%
	Κολ. μαρμαρυγή		1	1,00%
	Οστεοαρθρίτιδα		1	1,00%
	Οστεοπόρωση, υπέρταση		1	1,00%
	Οστεοπόρωση		1	1,00%
	Πίεση, διαβήτη		1	1,00%
	Πίεση, ζάχαρο		1	1,00%

Πίεση, υπερλιπιδαιμία	1	1,00%
Ρευματική αρθρίτιδα	1	1,00%
Σ.Δ., υπέρταση	1	1,00%
Σ.Δ., υπέρταση, θυροειδή	1	1,00%
Σ.Ν., Α.Υ.,Μ Σ.Δ.Π	1	1,00%
Σακχαρώδη διαβήτης	1	1,00%
Στεφανιαία νόσο, ΣΔ II	1	1,00%
Στεφανιαία νόσος	2	2,00%
Υπέρταση	5	4,80%
Υπέρταση, έλλειψη B12	1	1,00%
Υπέρταση, καρωτίδες	1	1,00%
Χοληστερίνη, υπέρταση	1	1,00%
Σύνολο	101	100,00%

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα διαπιστώνεται ότι 65 (64,40%) άτομα παίρνουν φάρμακα για την νόσο απ' την οποία πάσχουν και 36 (35,60%) δεν παίρνουν. Σχετικά με τις επισκέψεις σε ψυχολόγο, 17 (16,80%) άτομα έχουν επισκεφθεί και 84 (83,20%) όχι. Τέλος, στην ερώτηση «Q9. Αν μπορούσατε θα θέλατε να μιλήσετε σε κάποιο ψυχολόγο;», 46 (45,50%) ερωτηθέντες απάντησαν θετικά και οι υπόλοιποι 55 (54,50%) αρνητικά.

Πίνακας 7 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας φαρμάκων και επίσκεψης σε ψυχολόγο

		N	%
Q7. Παίρνετε φάρμακα γι' αυτή;	Ναι	65	64,40%
	Όχι	36	35,60%
	Σύνολο	101	100,00%

Q8. Έχετε επισκεφθεί κάποιον ψυχολόγο;	Ναι	17	16,80%
	Όχι	84	83,20%
	Σύνολο	101	100,00%
Q9. Αν μπορούσατε θα θέλατε να μιλήσετε σε κάποιο ψυχολόγο;	Ναι	46	45,50%
	Όχι	55	54,50%
	Σύνολο	101	100,00%

Από τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα φαίνεται ότι από τα άτομα που δήλωσαν ότι είχαν εμμηνόπαυση, 23 (39,00%) είχαν δύσκολη εμμηνόπαυση, ενώ 36 (61,00%) δεν είχαν. Σχετικά με τη διάρκεια των δυσκολιών, 7 (6,80%) είχαν δυσκολίες 2 χρόνια και από 1 (1,0%) είχαν δυσκολίες είτε 15 χρόνια, είτε 9 χρόνια, είτε 8 μήνες, είτε έχουν ακόμα.

Πίνακας 8 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας δυσκολίας κατά την εμμηνόπαυση

			N	%
W1. Είχατε δύσκολη εμμηνόπαυση;	Ναι		23	39,00%
	Όχι		36	61,00%
	Σύνολο		59	100,00%
W2. Πόσο καιρό είχατε δυσκολίες;	Καθόλου		73	72,30%
	1 χρόνο		3	3,00%
	1 χρόνο		6	5,90%
	10 χρόνια		2	2,00%
	15 χρόνια		1	1,00%
	2 χρόνια		7	6,80%
	3 χρόνια		3	3,00%
	6 μήνες		3	3,00%
	8 μήνες		1	1,00%
	9 χρόνια		1	1,00%
	Ακόμα έχω		1	1,00%
	Σύνολο		101	100,00%

Σύμφωνα με τον παρακάτω πίνακα, στην ερώτηση «W3. Σε ποια ηλικία μπήκατε στην εμμηνόπαυση;», 13 (22,00%) άτομα απάντησαν στα 50 και από 1 (1,70%) απάντησαν είτε στα 38, είτε στα 41, είτε στα 43, είτε στα 46, είτε στα 47, είτε στα 49, είτε στα 57, είτε στα 58.

Πίνακας 9 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας δυσκολίας κατά την εμμηνόπαυση

	N	%
38	1	1,70%
41	1	1,70%
42	2	3,40%
43	1	1,70%
44	2	3,40%
45	5	8,50%
46	1	1,70%
47	1	1,70%
W3. Σε ποια ηλικία μπήκατε στην εμμηνόπαυση;	48	10,20%
	49	1,70%
	50	22,00%
	51	3,40%
	52	13,40%
	53	6,80%
	54	5,10%
	55	6,80%
	56	3,40%
	57	1,70%
	58	1,70%
Σύνολο	59	100,00%

Τα ευρήματα του παρακάτω πίνακα δείχνουν ότι η μεταβλητή «Συγχώρεση του εαυτού (HFS)» έχει μέση τιμή 25.53 και τυπική απόκλιση 9.03, η μεταβλητή «Συγχώρεση των άλλων (HFS)» έχει μέση τιμή 26.69 και τυπική απόκλιση 9.79, «Συγχώρεση καταστάσεων (HFS)» έχει μέση τιμή 25.46 και τυπική απόκλιση 9.59, η μεταβλητή «Συνολικό score (HFS)» έχει μέση τιμή 77.68 και τυπική απόκλιση 20.79, μεταβλητή «Σωματική Λειτουργικότητα (SF36-PF)» έχει μέση τιμή 62.87 και τυπική

απόκλιση 27.34, η μεταβλητή «Σωματικός Ρόλος (SF36-RP)» έχει μέση τιμή 61.63 και τυπική απόκλιση 42.95, η μεταβλητή «Συναισθηματικός Ρόλος (SF36-RE)» έχει μέση τιμή 65.35 και τυπική απόκλιση 39.98, η μεταβλητή «Ζωτικότητα (SF36-VT)» έχει μέση τιμή 49.06 και τυπική απόκλιση 11.13, η μεταβλητή «Ψυχική υγεία (SF36-MH)» έχει μέση τιμή 56.86 και τυπική απόκλιση 10.87, η μεταβλητή «Κοινωνικός ρόλος (SR-SF36)» έχει μέση τιμή 52.35 και τυπική απόκλιση 10.71, η μεταβλητή «Σωματικός πόνος (SP-SF36)» έχει μέση τιμή 61.26 και τυπική απόκλιση 26.49, η μεταβλητή «Γενική υγεία (GH-SF36)» έχει μέση τιμή 46.95 και τυπική απόκλιση 12.72, μεταβλητή «Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS-SF36)» έχει μέση τιμή 58.18 και τυπική απόκλιση 22.17, η μεταβλητή «Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (MCS-SF36)» έχει μέση τιμή 55.90 και τυπική απόκλιση 11.30 και η μεταβλητή «Santa Clara (SCBCS5)» έχει μέση τιμή 5.10 και τυπική απόκλιση 1.56.

Πίνακας 10 Αποτελέσματα μέσης τιμής και τυπικής απόκλισης των κλιμάκων HFS, SF-36 και SCBCS5

	Mean	SD
Συγχώρεση του εαυτού (HFS)	25.53	9.03
Συγχώρεση των άλλων (HFS)	26.69	9.79
Συγχώρεση καταστάσεων (HFS)	25.46	9.59
Συνολικό score (HFS)	77.68	20.79
Σωματική Λειτουργικότητα (SF36-PF)	62.87	27.34
Σωματικός Ρόλος (SF36-RP)	61.63	42.95
Συναισθηματικός Ρόλος (SF36-RE)	65.35	39.98
Ζωτικότητα (SF36-VT)	49.06	11.13
Ψυχική υγεία (SF36-MH)	56.86	10.87
Κοινωνικός ρόλος (SR-SF36)	52.35	10.71

Σωματικός πόνος (SP-SF36)	61.26	26.49
Γενική υγεία (GH-SF36)	46.95	12.72
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS-SF36)	58.18	22.17
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (MCS- SF36)	55.90	11.30
Santa Clara (SCBCS5)	5.10	1.56

5.2 Επαγωγική ανάλυση

Σύμφωνα με τον πίνακα 11 διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων και τις μεταβλητές «Συγχώρεση των άλλων (HFS)» (Sig<0.50) και «Σωματική Λειτουργικότητα (SF36-PF)» (Sig<0.50). Και στις δύο περιπτώσεις η μεγαλύτερη μέση τιμή συγκεντρώνεται στους έγγαμους.

Πίνακας 11 Αποτελέσματα συσχέτισης της οικογενειακής κατάστασης και των κλιμάκων HFS και SF36

		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Συγχώρεση των άλλων (HFS)	Έγγαμος/η	82	277.195	939.829	2.232	99	.028
	Χήρος/α	19	222.632	1.046.073	2.087	25.167	.047
Σωματική Λειτουργικότητα (SF36-PF)	Έγγαμος/η	82	667.073	2.451.026	3.048	99	.003
	Χήρος/α	19	463.158	3.307.576	2.531	22.790	.019

Τα ευρήματα που προκύπτουν από τον πίνακα 12 δείχνουν ότι η οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων παρουσιάζει στατιστικώς σημαντική διαφορά με τις μεταβλητές «Γενική υγεία (GH-SF36)» (Sig<0.50) και «Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS-SF36)» (Sig<0.50). Και στις δύο περιπτώσεις τη μεγαλύτερη μέση τιμή παρουσιάζουν οι έγγαμοι.

Πίνακας 12 Αποτελέσματα συσχέτισης της οικογενειακής κατάστασης και της κλίμακας SF36

		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Γενική υγεία (GH-SF36)	Έγγαμος/η	82	481.707	1.288.165	2.040	99	.044
	Χήρος/α	19	416.667	1.075.829	2.283	31.181	.029
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS-SF36)	Έγγαμος/η	82	608.079	2.038.303	2.543	99	.013
	Χήρος/α	19	468.311	2.632.884	2.168	23.247	.041

Αναφορικά με τον πίνακα 13 υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στο φύλο του δείγματος και τις μεταβλητές «Σωματική Λειτουργικότητα (SF36-PF)» (Sig<0.50), όπου η μεγαλύτερη μέση τιμή παρατηρείται στους άντρες ($708.333 \pm 2.454.256$), «Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS-SF36)» (Sig<0.50), όπου η μεγαλύτερη μέση τιμή παρατηρείται στους άντρες ($635.913 \pm 1.945.462$) και «Santa Clara (SCBCS5)» (Sig<0.50), όπου η μεγαλύτερη μέση τιμή παρατηρείται στις γυναίκες (54.949 ± 134.439).

Πίνακας 13 Αποτελέσματα συσχέτισης του φύλου και των κλιμάκων SF36 και SCBCS5

	2. Φύλο	N	Mean	SD	t	df	Sig.
Σωματική Λειτουργικότητα (SF36-PF)	Ανδρας	42	708.333	2.454.256	2.535	99	.013
	Γυναίκα	59	572.034	2.801.279	2.592	94.721	.011
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS-SF36)	Ανδρας	42	635.913	1.945.462	2.106	99	.038
	Γυναίκα	59	543.256	2.331.194	2.171	96.432	.032
Santa Clara (SCBCS5)	Ανδρας	42	45.476	168.440	-3.139	99	.002
	Γυναίκα	59	54.949	134.439	-3.023	75.624	.003

Σύμφωνα με τον παρακάτω πίνακα υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα την ερώτηση «Q5. Πάσχετε από κάποια χρόνια σωματική νόσο;» και τις μεταβλητές «Σωματική Λειτουργικότητα (SF36-PF)» (Sig<0.50), «Σωματική Λειτουργικότητα (SF36-PF)» (Sig<0.50) και «Συναισθηματικός Ρόλος (SF36-RE)» (Sig<0.50). Και στις τρεις περιπτώσεις η μεγαλύτερη μέση τιμή παρατηρείται στις αρνητικές απαντήσεις.

Πίνακας 14 Αποτελέσματα συσχέτισης της ύπαρξης χρόνιας σωματικής νόσου και της κλίμακας SF36

	Q5. Πάσχετε από κάποια χρόνια σωματική νόσο;	N	Mean	SD	t	df	Sig.
Σωματική Λειτουργικότητα (SF36-PF)	Ναι	35	545.714	2.811.142	-2.267	99	.026
	Όχι	66	672.727	2.607.949	-2.215	65.032	.030

Σωματικός Ρόλος (SF36-RP)	Ναι	35	450.000	4.609.772	-2.941	99	.004
	Όχι	66	704.545	3.870.726	-2.787	59.805	.007
Συναισθηματικός Ρόλος (SF36-RE)	Ναι	35	533.333	4.368.634	-2.243	99	.027
	Όχι	66	717.172	3.662.815	-2.125	59.733	.038

Από τα αποτελέσματα του πίνακα που ακολουθεί διαπιστώνεται πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ερώτηση «Q5. Πάσχετε από κάποια χρόνια σωματική νόσο;» και τις μεταβλητές «Σωματικός πόνος (SP-SF36)» (Sig<0.50), «Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS-SF36)» (Sig<0.50) και «Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (MCS-SF36)» (Sig<0.50). Σε όλες τις περιπτώσεις η μεγαλύτερη μέση τιμή παρατηρείται στις αρνητικές απαντήσεις

Πίνακας 15 Αποτελέσματα συσχέτισης της ύπαρξης χρόνιας σωματικής νόσου και των SF36 μεταβλητών

	Q5. Πάσχετε από κάποια χρόνια σωματική νόσο;	N	Mean	SD	t	df	Sig.
Σωματικός πόνος (SP-SF36)	Ναι	35	525.000	2.758.676	-2.483	99	.015
	Όχι	66	659.091	2.485.975	-2.404	63.435	.019
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS-SF36)	Ναι	35	493.274	2.245.395	-3.040	99	.003
	Όχι	66	628.725	2.068.287	-2.964	64.635	.004
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (MCS-SF36)	Ναι	35	525.012	1.161.143	-2.249	99	.027
	Όχι	66	577.096	1.078.799	-2.198	65.115	.032

Σύμφωνα με τον πίνακα 16 υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ερώτηση «Q8. Έχετε επισκεφθεί κάποιον ψυχολόγο;» και τις μεταβλητές «Συγχώρεση των άλλων (HFS)» (Sig<0.50) όπου η μεγαλύτερη μέση τιμή παρατηρείται στις θετικές απαντήσεις 9319.412±834.768), «Συναισθηματικός Ρόλος

(SF36-RE)» (Sig<0.50), όπου η μεγαλύτερη μέση τιμή παρατηρείται στις αρνητικές απαντήσεις (690.476±3.829.908), και «Συναισθηματικός Ρόλος (SF36-RE)» (Sig<0.50), όπου η μεγαλύτερη μέση τιμή παρατηρείται στις αρνητικές απαντήσεις (570.565±1.098.274).

Πίνακας 16 Αποτελέσματα συσχέτισης της επίσκεψης σε ψυχολόγο και των μεταβλητών HFS και SF36

	Q8. Έχετε επισκεφθεί κάποιον ψυχολόγο;	N	Mean	SD	t	df	Sig.
Συγχώρεση των άλλων (HFS)	Ναι	17	319.412	834.768	2.486	99	.015
	Όχι	84	256.310	975.949	2.758	25.697	.011
Συναισθηματικός Ρόλος (SF36-RE)	Ναι	17	470.588	4.418.840	-2.103	99	.038
	Όχι	84	690.476	3.829.908	-1.912	21.141	.070
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (MCS-SF36)	Ναι	17	502.132	1.144.446	-2.327	99	.022
	Όχι	84	570.565	1.098.274	-2.264	22.370	.034

Από τα ευρήματα του πίνακα που ακολουθεί διαπιστώνεται πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με θετική κατεύθυνση ανάμεσα στο εκπαιδευτικό επίπεδο των ηλικιωμένων και των μεταβλητών «Σωματική Λειτουργικότητα (SF36-PF)» (Sig<0.50), «Σωματικός πόνος (SP-SF36)» (Sig=0.021<0.50) και «Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS-SF36)» (Sig=.016<0.50). Δηλαδή, όσο μεγαλύτερο είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο που έχουν οι συμμετέχοντες, τόσο καλύτερη είναι η σωματική τους λειτουργικότητα και η φυσική τους υγεία, ενώ είναι μεγαλύτερος ο σωματικός τους πόνος.

Πίνακας 17 Αποτελέσματα συσχέτισης του εκπαιδευτικού επιπέδου και των SF36 μεταβλητών

	Σωματική Λειτουργικότητα (SF36-PF)	Σωματικός πόνος (SP-SF36)	Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS-SF36)
--	------------------------------------	---------------------------	---

8. Εκπαιδευτικό επίπεδο	Correlation Coefficient	.398**	.230*	.239*
	Sig.	.000	.021	.016
	N	101	101	101

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

6.1 Συζήτηση

Οι άνθρωποι, όσο μεγαλώνουν, επιδεινώνεται η κατάσταση της ψυχικής και σωματικής τους υγείας. Οι αλλαγές στο περιβάλλον που ζουν και στον κοινωνικό τους περίγυρο μπορούν να προκαλέσουν πλήθος νοσημάτων στην υγεία τους. Κάποια από τα ψυχικά νοσήματα που συναντώνται πιο συχνά είναι το αίσθημα μοναξιάς, η κατάθλιψη και η οργανική κατάθλιψη, η δυσθυμία, ο φόβος θανάτου και η διπολική διαταραχή ή αλλιώς μανιοκατάθλιψη, η οποία εμφανίζεται στους περισσότερους ανθρώπους τρίτης ηλικίας. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί έναν πολύ σημαντικό παράγοντα που μπορεί να βοηθήσει στην ψυχική τους υγεία, αλλά πέρα από τη βοήθεια αυτών, είναι πολύ σημαντική και η αγάπη και η συγχωρετικότητα από τη μεριά των ηλικιωμένων και η αγάπη που νιώθουν για τους γύρω τους.

Η παρούσα ερευνητική εργασία πραγματοποιήθηκε με στόχο να αναλύσει τα συναισθήματα που νιώθουν οι άνθρωποι καθώς μεγαλώνουν, και πως η αγάπη και η συγχωρετικότητα που νοιώθουν αλλά και η ιατρική φροντίδα μπορεί να συμβάλει στην καλύτερευση της υγείας τους. Για την διεκπεραίωσή της μοιράστηκε ερωτηματολόγιο συνολικά σε 101 ηλικιωμένα άτομα, εκ των οποίων οι περισσότεροι είναι γυναίκες (58,40%) και έχουν αδέρφια (95,00%) και παιδιά (96,00%). Αναφορικά με την οικογενειακή και την επαγγελματική τους κατάσταση, οι περισσότεροι ηλικιωμένοι είναι έγγαμοι (81,20%) και συνταξιούχοι (52,50%). Παρόμοια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Zhou και Hearst (2016) στους ηλικιωμένους της Κίνας, το ποσοστά των έγγαμων είναι παρόμοιο με το δείγμα αυτής της έρευνας, και συγκεκριμένα αποτελούν το 73,1% του συνολικού δείγματος.

Ο τόπος στον οποίο διαμένουν οι περισσότεροι ερωτηθέντες είναι χωριό ή κωμόπολη (62,40%), επίσης είναι απόφοιτοι δημοτικού (35,70%) και μένουν μαζί με τον/την σύντροφό τους (41,60%). Η έρευνα που πραγματοποίησε ο Μαλάνος (2018) σχετικά με την κατάσταση της γενικής ηλικίας ηλικιωμένων που κατοικούν στο Ρέθυμνο, δείχνει να έχει παρόμοιο δείγμα, καθώς και σε αυτή την έρευνα το μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων είναι απόφοιτοι δημοτικού και κατοικούν μαζί με τον σύζυγό τους.

Όσον αφορά τον ύπνο, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος έχει καλά επίπεδα ύπνου (43,60%) και βλέπουν όνειρα μερικές φορές (66,30%), τα οποία όμως δεν τα θυμούνται (48,50%). Οι ερωτηθέντες, ως επί το πλείστον, δεν πάσχουν από κάποια χρόνια σωματική νόσο (65,30%). Ωστόσο, από όσους πάσχουν, πιο συχνή είναι η υπέρταση (2,00%), και μάλιστα παίρνουν κάποιο φάρμακο για αυτή (64,40%). Σχετικά με την επίσκεψή τους σε ψυχολόγο, οι περισσότεροι δεν έχουν επισκεφθεί (54,50%), ενώ αν είχαν τη δυνατότητα, θα ήθελαν να μιλήσουν με έναν (54,50%).

Αναφορικά με το μέρος του δείγματος που έχουν περάσει την περίοδο της εμμηνόπαυσης, οι περισσότεροι δεν αντιμετώπισαν δυσκολίες (61,00%), και από όσους αντιμετώπισαν, κράτησαν περίπου ένα χρόνο (5,90%). Η ηλικία στην οποία μπήκαν σε αυτή την περίοδο οι περισσότεροι ερωτηθέντες είναι τα 45 έτη (8,50%).

Η οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων, αν δηλαδή είναι έγγαμοι/ες ή χήροι/ες είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει τα επίπεδα στα οποία συγχωρούν τους γύρω τους. Τα ευρήματα της μελέτης που πραγματοποίησε η Καρβέλα (2017) με στόχο τη διερεύνηση της σχέσης που υπάρχει ανάμεσα στη συγχωρετικότητα και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, συμφωνούν με αυτό το αποτέλεσμα σχετικά με τη συχνότητα στην οποία οι ηλικιωμένοι συγχωρούν τους γύρω τους (Καρβέλα, 2017).

Επίσης η οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων επηρεάζει τη σωματική τους λειτουργικότητα και τη γενική και φυσική τους υγεία, αποτέλεσμα στο οποίο καταλήγει και η έρευνα της Καραϊσκού (2018), στην οποία αναφέρεται συγκεκριμένα πως οι έγγαμοι εμφανίζουν, συγκριτικά με τους διαζευγμένους, υψηλότερα επίπεδα γενικής υγείας. Επίσης, η έρευνα της Θεοδοροπούλου (2021) επιβεβαιώνει αυτό το αποτέλεσμα. Συγκεκριμένα καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η κατάσταση χηρείας είναι μία κατάσταση που έχει αντίκτυπο στα επίπεδα υγείας των ατόμων τρίτης ηλικίας.

Ακόμα μία έρευνα που διαπιστώνει παρόμοια αποτελέσματα σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων και την κατάσταση της υγείας τους είναι και αυτή των Scott και συν. (2010). Συγκεκριμένα, η κατάσταση μοναξιάς που προκαλείται από τον θάνατο του συζύγου των ηλικιωμένων προκαλεί σημαντικά προβλήματα στην υγεία τους.

Η σωματική τους λειτουργικότητα και η φυσική τους υγεία διαφέρει βέβαια και ανάλογα με το φύλο του εκάστοτε συμμετέχοντα σύμφωνα με το οποίο διαφοροποιείται επίσης και ο τρόπος με τον οποίο αισθάνονται για άγνωστους ανθρώπους. Πλήθος ερευνών καταλήγουν σε παρόμοια αποτελέσματα. Κάποιες από τις έρευνες αυτές είναι των Steptoe και συν. (2006), στην οποία μελετήθηκε η ψυχική υγεία αντρών και γυναικών που κατοικούν στην Ευρώπη, την Αφρική, την Ασία και την Αμερική, των Banister και Bowling (2004), της Μάρτζακλη (2008) και της Καλαμίδα (2019), η οποία μελέτησε το ρόλο της συγχωρετικότητας στην ψυχοπαθολογία και την ποιότητα ζωής ηλικιωμένων ατόμων.

Επίσης, έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αίγυπτο από τους El-Gilany και συν. (2018) κατέληξε σε συμπεράσματα παρόμοια με τα παραπάνω σχετικά με το φύλο του δείγματος, και συγκεκριμένα η κατάσταση της υγείας των γυναικών, και κυρίως της

ψυχικής τους υγείας, είναι χειρότερη από αυτή των αντρών. Από την ελληνική βιβλιογραφία, η έρευνα των Carayanni και συν. (2012) καταλήγει σε παρόμοια επίσης συμπεράσματα. Και σε αυτή την έρευνα τα ποσοστά κατάθλιψης του γυναικείου πληθυσμού είναι μεγαλύτερα από του αντρικού.

Οι ηλικιωμένοι εκείνοι που πάσχουν από κάποια χρόνια σωματική νόσο δείχνουν να έχουν διαφορετική σωματική λειτουργικότητα, σωματικό και συναισθηματικό ρόλο και σωματικό πόνο, ενώ επιπλέον η φυσική και ψυχική τους υγεία είναι διαφορετική σε σύγκριση με εκείνους που δεν πάσχουν από κάποια νόσο. Η έρευνα που πραγματοποίησε η Οσμάνογλου (2019) καταλήγει σε παρόμοια αποτελέσματα τονίζοντας την επιρροή της ύπαρξης χρόνιας σωματικής νόσου στα επίπεδα συγχώρεσης των ηλικιωμένων. Επίσης με το παραπάνω αποτέλεσμα συμφωνεί και η έρευνα της Καραϊσκού (2018), καθώς επίσης και η έρευνα του Κανελλόπουλου (2019).

Ωστόσο στην ξένη βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετές έρευνες που επιβεβαιώνουν το παραπάνω αποτέλεσμα. Συγκεκριμένα, η έρευνα του Megari (2013) υποστηρίζει πως τα άτομα εκείνα που έχουν διαγνωστεί με κάποιο χρόνια σωματικό νόσημα παρουσιάζουν χαμηλότερη βαθμολογία που στην κλίμακα ποιότητας ζωής. Επίσης η έρευνα των Devins και συν. (1984) αποδεικνύει ότι τα άτομα εκείνα που απαιτούν μακρόχρονη ιατρική φροντίδα έχουν περιορισμένη σωματική λειτουργικότητα στην καθημερινότητά τους και διαφοροποιείται η κατάσταση της γενικής τους υγείας (Bartnikas, 2002).

Ένας παράγοντας που διαφοροποιεί τα επίπεδα στα οποία οι ηλικιωμένοι συγχωρούν τους άλλους, το συναισθηματικό τους ρόλο και γενικότερα την ψυχική τους υγεία είναι η επίσκεψή τους σε ψυχολόγο. Δηλαδή τα άτομα εκείνα που έχουν επισκεφθεί ψυχολόγο, διαφέρουν ως προς τη συγχώρεση των άλλων, τον

συναισθηματικό τους ρόλο και την ψυχική τους υγεία, σε σχέση με όσους δεν έχουν επισκεφθεί. Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται να επιβεβαιώσει η έρευνα της Θεοδωροπούλου (2021), σύμφωνα με τα συμπεράσματα της οποίας φαίνεται πως οι ηλικιωμένοι οι οποίοι επισκέπτονται ψυχολόγο έχουν καλύτερα ποσοστά υγείας, και κυρίως ψυχικής.

Ακόμα μία έρευνα που επιβεβαιώνει το παραπάνω αποτέλεσμα είναι αυτή που πραγματοποίησαν οι Arshi και συν. (2016). Σκοπός της ήταν η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας μίας παρέμβασης που βασίζεται στη συγχώρεση, και δείγμα της αποτελούσαν 55 άτομα της τρίτης ηλικίας που κατοικούν σε 4 διαφορετικά ιδρύματα της Τεχεράνης. Πέρα από τη συσχέτιση που παρατηρήθηκε στη συγχώρεση και την ψυχική υγεία, διαπιστώθηκε επίσης πως η συγχωρετικότητα έχει προστατευτικό ρόλο απέναντι στην ψυχική υγεία των ηλικιωμένων, αφού τους ενδυναμώνει ψυχικά και του βοηθά στη μείωση του άγχους και της κατάθλιψης.

Μία ακόμα μελέτη της ελληνικής βιβλιογραφίας που καταλήγει σε παρόμοια συμπεράσματα είναι αυτή που πραγματοποίησε η Καρβέλα (2017). Στόχος της έρευνας αυτής είναι η διερεύνηση της σύνδεσης που υπάρχει ανάμεσα στη συγχωρετικότητα και την ποιότητα ζωής και την ψυχοπαθολογία των ηλικιωμένων ατόμων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα τις οποίας η συγχωρετικότητα των ηλικιωμένων επηρεάζεται από ψυχολογικούς παράγοντες. Δηλαδή, τα άτομα τα οποία έχουν καλύτερη ψυχική υγεία είναι και αυτά τα οποία είναι πιο ανεκτικοί με τους γύρω τους και συγχωρούν αυτούς που τους πληγώνουν πιο εύκολα (Καρβέλα, 2017).

Τέλος, το εκπαιδευτικό επίπεδο που έχει ο εκάστοτε ηλικιωμένος, σχετίζεται με τη σωματική του λειτουργικότητα, τον σωματικό τους πόνο και την φυσική του υγεία. Συγκεκριμένα, τα άτομα εκείνα που έχουν υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, έχουν

καλύτερη σωματική λειτουργικότητα και επίπεδα φυσικής κατάστασης, ωστόσο νιώθουν μεγαλύτερο σωματικό πόνο. Η έρευνα που πραγματοποίησε ο Αργυρόπουλος (2016) σχετικά με τη συχνότητα κατάθλιψης σε άτομα της τρίτης ηλικίας, δείγμα της οποίας αποτέλεσαν 378 άτομα άνω των 60, καταλήγει σε παρόμοια συμπεράσματα. Πιο αναλυτικά, διαπιστώνει ότι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των ηλικιωμένων συνεπάγεται χαμηλότερα ποσοστά φυσικής υγείας.

Επίσης, το αποτέλεσμα αυτό ενισχύεται από την έρευνα του Μαλάνου (2018)., τα ευρήματα της οποίας δείχνουν πως το μορφωτικό επίπεδο των ηλικιωμένων που κατοικούν στο Ρέθυμνο, οι οποίοι αποτελούν και το δείγμα την συγκεκριμένης έρευνας, έχει σημαντικό αντίκτυπο στην κατάσταση της υγείας τους. Πιο αναλυτικά φαίνεται πως τα άτομα με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο έχουν χαμηλότερη ποιότητα υγείας σε σχέση με αυτούς που έχουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο.

Ακόμα μία μελέτη της ελληνικής βιβλιογραφίας που επαληθεύει το παραπάνω αποτέλεσμα είναι αυτή του Πλατανάκη (2019). Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε με στόχο τη διερεύνηση της γενικής υγείας των ηλικιωμένων και συγκεκριμένα που πάσχουν από μυοσκελετικά προβλήματα και υποβάλλονται σε φυσικοθεραπεία.. Δείγμα της αποτελούν 100 ηλικιωμένοι άνω των 60 ετών. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν δείχνουν ότι η εκπαίδευση των συμμετεχόντων επηρεάζει τις διαστάσεις των σωματικών ενοχλήσεων. Πιο αναλυτικά, οι ηλικιωμένοι εκείνοι που είναι απόφοιτοι Δημοτικού, δείχνουν να εκδηλώνουν περισσότερα σωματικά συμπτώματα καθώς επίσης και μεγαλύτερο άγχος και μειωμένη σωματική λειτουργικότητα, λόγω έλλειψης γνώσεων και διαφορετικής προσέγγισης θεμάτων υγείας.

6.2 Συμπεράσματα

Η παρούσα ερευνητική εργασία πραγματοποιήθηκε με στόχο την ανάλυση των προβλημάτων φυσικής, σωματικής, ψυχικής και γενικής υγείας που αντιμετωπίζουν τα άτομα της τρίτης ηλικίας, καθώς επίσης και στον ρόλο που έχει και η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην αντιμετώπισή τους, καθώς επίσης και η συγχωρητικότητα των ηλικιωμένων προς τους γύρω τους και η αγάπη που νιώθουν για αυτούς. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα στα οποία κατέληξε προκύπτει ότι:

- Η ψυχική ασθένεια που συναντάται πιο συχνά στους ηλικιωμένους είναι η διπολική διαταραχή ή αλλιώς μανιοκατάθλιψη.
- Δεν είναι μεγάλο το ποσοστό των ηλικιωμένων που πάσχουν από κάποια χρόνια σωματική νόσο, αλλά η πιο συνηθισμένη είναι η υπέρταση.
- Η συχνότητα και η ευκολία με την οποία συγχωρούν τους γύρω τους εξαρτάται από την οικογενειακή τους κατάσταση και το αν έχουν επισκεφθεί κάποιο ψυχολόγο.
- Η φυσική υγεία των ατόμων τρίτης ηλικίας, διαφοροποιείται ανάλογα με την οικογενειακή τους κατάσταση, το φύλο τους, τις χρόνιες σωματικές νόσους από τις οποίες μπορεί να πάσχουν, καθώς επίσης και από το εκπαιδευτικό τους επίπεδο.
- Ανάλογα με το αν οι ηλικιωμένοι πάσχουν από κάποια χρόνια σωματική νόσο και το αν έχουν επισκεφθεί κάποιον ψυχολόγο, διαφέρει η κατάσταση της ψυχικής τους υγείας.

6.3 Περιορισμοί έρευνας

Τα αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής εργασίας δε θα μπορούσαν να γενικευτούν σε έναν ευρύτερο πληθυσμό εξαιτίας των περιορισμών που αντιμετώπισε. Οι κυριότεροι περιορισμοί είναι ύπαρξη αδερφών και παιδιών και η οικογενειακή κατάσταση του δείγματος. Το μεγαλύτερο μέρος των ηλικιωμένων απάντησαν θετικά στις ερωτήσεις «3. Έχετε αδέρφια;» και «4. Έχετε παιδιά;», και συγκεκριμένα οι θετικές απαντήσεις ήταν το 95% και 96% αυτών αντίστοιχα. Η ύπαρξη αδερφών και παιδιών επηρεάζει διαφοροποιεί τα συναισθήματα των ανθρώπων, και κυρίως όταν κάποιος έχει παιδιά ζει διαφορετικές καταστάσεις από αυτούς που δεν έχουν. Επηρεάζεται λοιπόν η ψυχική τους κατάσταση.

Επίσης το 81,2% των ηλικιωμένων του δείγματος είναι έγγαμοι, ποσοστό αρκετά μεγαλύτερο από το υπόλοιπο 18,8% που είναι χήροι. Η εμπειρία ενός θανάτου, και κυρίως ενός ατόμου της οικογένειάς τους, δημιουργεί διαφορετικά και πρωτόγνωρα συναισθήματα. Επίσης, πολλοί από αυτούς αναθεωρούν την οπτική γωνία από όπου βλέπουν τη ζωή, και τελικά την ανεκτικότητα τους. Προτείνεται λοιπόν πραγματοποίηση σχετικής έρευνας με μεγαλύτερο δείγμα ηλικιωμένων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική βιβλιογραφία

- Αργυρόπουλος, Κ. (2016). Επιπολασμός της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία στην Πάτρα και Τρίπολη (Doctoral dissertation).
- Βάρρα Ε.Σ & Καραμπόλας Γ.Σ (2011) Διατροφική κατάσταση ηλικιωμένων ιδρύματος κοινωνικής πρόνοιας. Πτυχιακή εργασία
- Γκίωνα Δ. & Γιαβρούτα Μ. (2015). Ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων και νοσηλευτική φροντίδα, ο ρόλος του νοσηλευτή. Πτυχιακή εργασία
- Θεοδωροπούλου, Μ. (2021). Ανίχνευση επίδρασης της απώλειας συζύγου σε επίπεδο υγείας και στην ποιότητα ζωής των ατόμων τρίτης και τέταρτης ηλικίας.
- Καλαμίδα Ε. (2019) Η σχέση της συγχωρητικότητας των ηλικιωμένων με τα επίπεδα της ψυχοπαθολογίας τους, στα πλαίσια της ευδόκιμης γήρανσης. Μεταπτυχιακή διατριβή
- Καλφούντζου Χ. (2016) Η ενσυναίσθηση, η συγχωρητικότητα και η αυτό-συμπόνια των εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης και η σχέση τους με την εργασιακή ικανοποίηση.
- Κανελλόπουλος, Α. (2019). Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων στην περιοχή ευθύνης κέντρου υγείας της Πελοποννήσου στα χρόνια της οικονομικής κρίσης.
- Καραϊσκού Α. (2018) Ψυχολογικά Χαρακτηριστικά ηλικιωμένων. Μεταπτυχιακή διατριβή
- Καρβέλα, Μ. Κ. (2017) Σχέση της συγχωρητικότητας των ηλικιωμένων με τα επίπεδα της ευδόκιμης γήρανσης, στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Μεταπτυχιακή διατριβή.
- Κοτρώτσιου, Σ., Παραλίκας, Θ., Παπαθανασίου, Ι., Λαχανά, Ε., Κυπαρίση, Γ. & Ριζούλης, Α. (2008). Η έννοια της φροντίδας. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 7(1), 57-71
- Μαλάνος, Σ. (2018). Διερεύνηση της γενικής υγείας ηλικιωμένων που ζουν στο Ρέθυμνο.

- Μάρτζακη Η. (2008) Η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία. Μεταπτυχιακή διατριβή
- Νικολάου Δ. (2015) Ψυχοκοινωνικά προβλήματα ηλικιωμένων και νοσηλευτική παρέμβαση.
- Οσμάνογλου, Ν. (2018). Διασύνδεση ψυχολογικών, διαπολιτισμικών και διαθηρησκευτικών χαρακτηριστικών με την ποιότητα ζωής και η επίδραση αυτών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Master's thesis).
- Πλατανάκης, Γ. (2019). Διερεύνηση της Γενικής Υγείας των Ηλικιωμένων με Μυοσκελετικά Προβλήματα που Υποβάλλονται σε Φυσικοθεραπεία.
- Πλατή, Χ. Δ. (2015). Εξασφάλιση της ποιότητας φροντίδας.
- Σταύρου Β. & Ζυγά Σ. (2014) Η πρόκληση της υγιούς, ενεργού και επιτυχημένης γήρανσης. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας(2014) Τόμος 6, Τεύχος 4*, 160-166
- Τζιβλικάκη Β. (2020) Η διερεύνηση των εννοιών αυτοσυμπόνια, συγχωρητικότητα, ανθεκτικότητα, από ασθενείς που βιώνουν χρόνια πόνο και βρίσκονται υπό θεραπεία.

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

- Abid, M., & Hussain, S. (2015) Forgiveness: It's relation with psychological well-being and psychological distress among old age women. *Indian Journal of Positive Psychology*, 6(4), 340-343.
- Alberda, C., Graf, A., & McCargar, L. (2006). Malnutrition: etiology, consequences, and assessment of a patient at risk. *Best practice & research clinical gastroenterology*, 20(3), 419-439.
- Arshi, M., Dalirian, S., Eghlima, M., & Shirinbayan, P. (2016) The effectiveness of group social work forgiveness intervention on the life satisfaction of the elderly living in care institutions. *Iranian Journal of Ageing*, 10(4), 174-181.

- Banister, D., & Bowling, A. (2004). Quality of life for the elderly: the transport dimension. *Transport policy*, 11(2), 105-115.
- Bartnikas, R. (2002). Partial discharges. Their mechanism, detection and measurement. *IEEE Transactions on Dielectrics and Electrical Insulation*, 9(5), 763-808.
- Baskin, T. W., & Enright, R. D. (2004). Intervention studies on forgiveness: A meta-analysis. *Journal of counseling & Development*, 82(1), 79-90.
- Baumeister R, Leary M. 1995. The need to belong desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychologic Bull* 117: 497–529.
- Beers, M.,(2007). Η υγεία στην 3η ηλικία. Αθήνα: Πασχαλίδης
- Blazer DG. 2002. Self-efficacy and depression in late life: a primary prevention proposal. *Aging Ment Health* 6: 315–324
- Bowling A. & Iliffe S. (2011) Psychological approach to successful ageing predicts future quality of life in older adults
- Brown, S. T., Kirkpatrick, M. K., Swanson, M. S., & McKenzie, I. L. (2011). Pain experience of the elderly. *Pain Management Nursing*, 12(4), 190-196.
- Carayanni, V., Stylianopoulou, C., Koulterakis, G., Babatsikou, F. & Koutis, C. (2012). Sex differences in depression among older adults: are older women more vulnerable than men in social risk factors? The case of open care centers for older people in Greece. *Eur J Ageing*, 9(2):177-186. doi: 10.1007/s10433-012-0216-x
- Carson, J. W., Keefe, F. J., Goli, V., Fras, A. M., Lynch, T. R., Thorp, S. R., & Buechler, J. L. (2005). Forgiveness and chronic low back pain: A preliminary study examining the relationship of forgiveness to pain, anger, and psychological distress. *The Journal of Pain*, 6(2), 84-91. Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly 26/03/2018 13:08:07 EEST -137.108.70.6 61

- Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, et al. 2006. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychol Aging* 21: 140–151.
- Cheng ST, Yim YK. Age differences in forgiveness: the role of future time perspective. *Psychol Aging*. 2008, 23(3):676-80.
- Coyle CT, Enright RD. Forgiveness intervention with post-abortion men. *J Consult Clin Psychol*. 1997, 65(6):1042-6. 80
- Curtin, A., Martins, D. C., & Schwartz-Barcott, D. (2019) Coping with mental health issues among older Hispanic adults. *Geriatric Nursing*, 40(2), 123-128.
- Davis, D. E., Ho, M. Y., Griffin, B. J., Bell, C., Hook, J. N., Van Tongeren, D. R., ... & Westbrook, C. J. Forgiving the self and physical and mental health correlates: a meta-analytic review. 2015
- Depp CA, Jeste DV. 2006. Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *Am J Geriatr Psychiatry* 14:6 20.
- Dezutter, J., Toussaint, L., & Leijssen, M. (2016). Forgiveness, Ego-Integrity, and Depressive Symptoms in Community- Dwelling and Residential Elderly Adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 71(5), 786-797.
- Drageset, J. 2004. The importance of activities of daily living and social contact for loneliness: a survey among residents in nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 1, 65–71
- Dykstra, P. & Fokkema, T. (2007). Social and emotional loneliness among divorced and married men and women: comparing the deficit and cognitive perspectives. *Basic and Applied Social Psychology*, 29, 1, 1–12.

- El-Gilany, A.H., Elkhawaga, G.O. & Sarraf, B.B. (2018) Depression and its associated factors among elderly: A community-based study in Egypt. *Arch Gerontol Geriatr*, 77:103-107. doi: 10.1016/j.archger.2018.04.011
- Enright, R. D., Gassin, E. A., & Wu, C. R. (1992). Forgiveness: A developmental view.
- Ermer, A. E., & Proulx, C. M. (2016) Unforgiveness, depression, and health in later life: The protective factor of forgivingness. *Aging & Mental Health*, 20(10), 1021-1034.
- Hammer, E., & Österle, A. (2003). Welfare state policy and informal longterm care giving in Austria: Old gender divisions and new stratification processes among women. *Journal of Social Policy*, 32(1), 37–53.
- Kent, B. V., Bradshaw, M., & Uecker, J. E. (2018) Forgiveness, attachment to God, and mental health outcomes in older US adults: A longitudinal study. *Research on Aging*, 40(5), 456-479.
- Lawler-Row, K. A. (2010) Forgiveness as a mediator of the religiosity—Health relationship. *Psychology of Religion and Spirituality*, 2(1), 1-16.
- Lawler, K. A., Younger, J. W., Piferi, R. L., Jobe, R. L., Edmondson, K. A., & Jones, W. H. (2005) The unique effects of forgiveness on health: An exploration of pathways. *Journal of Behavioral Medicine*, 28(2), 157-167.
- Lee, K. H. (2011) The role of spiritual experience, forgiveness, and religious support on the general well-being of older adults. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 23(3), 206-223.
- McCullough, M. E. (2000). Forgiveness as human strength: Theory, measurement, and links to well-being. *Journal of social and clinical psychology*, 19(1), 43-55.
- McNulty JK, Russell VM. Forgive and forget, or forgive and regret? Whether forgiveness leads to less or more offending depends on offender agreeableness. *PersSocPsychol Bull*. 2016, 42(5):616-31.

- Melendez J.C., Mayordomo T., Sancho P., και Tomas J. M. (2012) Coping Strategies: Gender differences and Development throughout life span
- Mullet E, Riviere S, MuñuzSastre MT. Cognitive processes involved in blame and blame like-judgements and in forgiveness and forgiveness like-judgments. *Am J Psychol.* 2007, 120(1):25-46.
- O’Luanaigh C, Lawlor BA. 2008. Loneliness and the health of older people. *Int J Geriatr Psychiatry* 23: 1213–1221
- Österle, A., & Hammer, E. (2004). Zur zukünftigen Betreuung und Pflege älterer Menschen: Rahmenbedingungen — Politikansätze — Entwicklungsperspektiven. On behalf of Caritas Österreich. Vienna: Kardinal König Akademie
- Perlman, D. and Peplau, L. A. (1981). Towards a social psychology of loneliness. In Duck, S. and Gilmour, R. (eds), *Personal Relationships*. Academic, London, 31–56.
- Perlman, D. 2004. European and Canadian studies of loneliness among seniors. *Canadian Journal on Aging*, 23, 2, 181–8.
- Rasmussen, K. R., Stackhouse, M., Boon, S. D., Comstock, K., & Ross, R. (2019) Meta-analytic connections between forgiveness and health: the moderating effects of forgiveness-related distinctions. *Psychology & Health*, 1-20.
- Ross, F., Redfern, S., Harris, R., & Christian, S. (2011). The impact of nursing innovations in the context of governance and incentives. *Journal of Research in Nursing*, 16(3), 274-294.
- Rubinstein R. L & Kate de Medeiros (2015) Successful Aging, Gerontological theory and Neoliberalism: A qualitative critique.
- Scott, K.M., Wells, J.E., Angermeyer, M., Brugha, T.S., Bromet, E., Deyttenaere, K., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J.M., Jin, R., Karam, A.N., Kovess, V., Lara, C., Levinson, D., Ormel, J., Posada-Villa, J., Sampson, N., Takeshima, T., Zhang, M. & Kessler, R.C. (2010). Gender and the relationship between marital status and first onset of mood, anxiety

- and substance use disorders. *Psychol Med*, 40(9):1495-1505. doi: 10.1017/S0033291709991942
- Stek ML, Vinkers DJ, Gussekloo J, et al. 2005. Is depression in old age fatal only when people feel lonely? *Am J Psychiatry* 162: 178–180.
- Steptoe, A., Wright, C., Kunz-Ebrecht, S. R., & Iliffe, S. (2006). Dispositional optimism and health behaviour in community-dwelling older people: Associations with healthy ageing. *British journal of health psychology*, 11(1), 71-84.
- Strell, M., & Duncan, S. (2001). Lone motherhood, ideal type care regimes and the case of Austria. *Journal of European Social Policy*, 11(2), 149–164.
- Stowe, J. D., & Cooney, T. M. (2015). Examining Rowe and Kahn's concept of successful aging: Importance of taking a life course perspective. *The Gerontologist*, 55(1), 43-50.
- Swickert, R., Robertson, S., & Baird, D. (2016). Age moderates the mediational role of empathy in the association between gender and forgiveness. *CurrentPsychology*, 35(3), 354-360.
- Taussaint L, Williams D, Musick M, Everson S. (2001). Forgiveness and health: age differences in a U.S. probability sample. *J Adult Develop*, 8(4):249-257.
- Thoresen CE, Harris AHS, Luskin F. Forgiveness and health: An unanswered question. In: Forgiveness: Theory, research, and practice. 1st Edition, 1st Volume, New York London, Editor: The Guilford Press, 2000:254-280.
- Uchino BN. 2006. Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *J Behav Med* 29: 377–387.
- Weicht, B. (2010). Embodying the ideal carer: The Austrian discourse on migrant carers. *International Journal of Ageing and Later Life*, 5(2), 17–52.
- Weiner B, Graham S, Peter O, Zmuidinas M. Public confession and forgiveness. *J Person*. 1991, 59:281-312.

Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation*. Cambridge, Mass. The mit Press.

Zhou, J. & Hearst, N. (2016). Health-related quality of life of among elders in rural China: the effect of widowhood. *QualLifeRes*, 25(12):3087-3095.